

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



SEPTIÈME SÉRIE — TOME DIX-HUITIÈME

CINQUANTE ET UNIÈME ANNÉE

90152

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1893

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

**21^e réunion de la Société des médecins aliénistes
suisses, à Coire, les 22 et 23 mai 1893.**

Le nombre des cantons suisses qui fondent de nouveaux asiles d'aliénés s'accroît chaque année, et il est convenu que la Société des médecins aliénistes fixe de préférence ses réunions dans les localités où les asiles nouveaux ont été inaugurés. L'année dernière, à Schaffouse, on décida de se réunir en 1893 dans l'établissement de Waldhaus, qui venait de s'ouvrir près de Coire, sous la direction du D^r Joerger.

L'asile de Coire doit avant tout sa création à la Société grisonne de secours aux aliénés et à son dévoué président, le D^r Kaiser. Pendant des années, cette Société a recueilli des capitaux et fait une active propagande en faveur de la création d'un asile cantonal d'aliénés. Les rapports annuels de la Société grisonne témoignent de son activité et de sa persévérance. Elle a fini par vaincre des obstacles qui paraissaient insurmontables, et ses efforts ont été récompensés par la fondation du bel établissement qui fait honneur au canton des Gri-

sous. A l'entrée de l'asile, une plaque commémorative qui rappelle l'origine de Waldhaus porte l'inscription suivante :

*Décrité par la votation populaire du 7 avril 1889.
Grâce à la Société grisonne de secours aux aliénés
qui en a pris l'initiative
et a travaillé, par la parole et l'action,
à la fondation de cet asile.*

Waldhaus est à une petite demi-heure de Coire, adossé à une superbe forêt de sapins qui descend des flancs de la Montaline. Depuis l'asile, on domine au Sud-Est la vallée du Rhin supérieur, encaissée par de hautes montagnes. Au fond, à droite, les grandes Alpes glaronnaises du massif du Toedi avec leurs neiges éternelles. De l'autre côté, les Alpes grisonnes, jusqu'au Luckmanier. En face, au premier plan, l'imposante Calanda, à la cime encore neigeuse, qui donne à cette contrée un aspect si pittoresque.

Après la réception des membres étrangers, qui a eu lieu à l'hôtel Luckmanier le 22 mai à midi, on visita dans tous ses détails le nouvel asile, sous la conduite du D^r Joerger, qui a bien voulu se charger d'en donner une description pour ce compte rendu. Le soir, réunion familière au chalet de Coire.

Le lendemain, à neuf heures, ouverture de la séance dans la grande salle de l'asile. Le président, M. Joerger, souhaite la bienvenue aux membres présents (au nombre de 23) et rappelle les pertes de la Société, entre autres celle du D^r Fetscherin. L'assemblée se lève pour honorer leur mémoire.

La prochaine réunion, en 1894, aura lieu à Zurich, à l'asile de Burghoelzli, sous la direction du professeur Forel.

Le premier objet à l'ordre du jour était le projet

d'une loi fédérale sur les aliénés. Trois rapporteurs avaient été nommés pour étudier cette importante question, chacun d'eux devant la traiter à un point de vue spécial. M. le professeur *Wille*, de Bâle, introduit la question par des considérations historiques fort intéressantes. La législation sur les aliénés a passé par deux périodes principales. D'abord on a pris des mesures de préservation sociale *contre les aliénés*. La première en date est un acte du parlement anglais, en 1744 (après un meurtre retentissant). Dès lors, tous les pays de l'Europe ont pris des mesures analogues. Puis, dans notre siècle, on a commencé à se préoccuper de la *protection des aliénés*. La loi française du 30 juin 1838, celle de Genève, qui a été promulguée quelques mois avant elle (5 février 1838), sont les premières qui ont été faites dans le nouvel esprit. La Hollande, la Norvège, l'Angleterre et d'autres pays ont suivi cet exemple.

Un projet de loi fédérale pour la Suisse a été élaboré déjà en 1870 par le professeur Brenner (de Bâle) (1). Ce projet, discuté dans une réunion qui eut lieu à Genève en 1875, fut ajourné indéfiniment, surtout par suite de l'opposition de la Suisse romande. Ce fut en 1892 seulement que la proposition d'une loi fédérale fut reprise, à la réunion de Schaffhouse. Il ne s'agit plus aujourd'hui d'une législation comprenant l'ensemble des questions si complexes que soulève l'aliénation mentale. Sans doute un « Code des aliénés » serait bien désirable ; mais il faut en fixer d'abord les principes et savoir se limiter aux choses pratiques. Les législations cantonales auront toujours leur importance. La législa-

(1) J'en ai fait l'historique dans le rapport que j'ai envoyé à M. Th. Roussel, sénateur, en 1883, et que ce dernier m'a fait l'honneur d'imprimer dans les notes et documents concernant les législations étrangères sur les aliénés. Voyez : Annexes au rapport de M. Th. Roussel, Paris, 1884. T. II, p. 565.

tion fédérale doit se borner à formuler les principes généraux fondamentaux. Mais il faut être prudent et réservé dans nos propositions, car le vent de l'opinion en revient aux mesures de préservation sociale, et on demande de nouveau des lois contre les aliénés. Là est le danger. La science psychiatrique a acquis un développement considérable et on ne peut pas s'appuyer sur ses conclusions, qui ne sont le plus souvent que provisoires, pour fixer de nouveaux principes dans les lois. L'exemple de Lombroso et les conséquences légales de ses théories doit nous faire réfléchir. Si nous voulons réformer et améliorer, il faut rester modestes. Eu éveillant la méfiance, on risque de faire plus de mal que de bien. Bien des personnes qui n'ont actuellement aucune opinion sur cette question deviendraient des adversaires déclarés de la réforme si l'on était trop exigeant. En résumé, dit le professeur Wille, réformons avec prudence et restons toujours pratiques.

M. von Speyer, professeur de psychiatrie à Berne, rapporte sur la réforme pénale. Une Commission de juristes nommée par le conseil fédéral s'en occupe; M. Stooss, professeur de droit à Berne et rédacteur de la *Revue pénale suisse*, a été chargé d'en préparer les bases. M. Stooss a bien voulu s'associer aux travaux de la Commission des aliénistes et il nous a fait l'honneur d'assister à la réunion de Coire et de prendre une part active à la discussion.

Le rapporteur, M. Von Speyer, voudrait que le Code fixât d'une manière détaillée les cas qui entraînent l'irresponsabilité. Il serait très utile que le juge possédât des connaissances psychiatriques. On devrait mentionner dans le Code le temps d'observation qui est si souvent nécessaire pour l'examen de l'état mental d'un prévenu. Il serait nécessaire aussi de dire que l'aliéné déclaré irresponsable sera placé dans un asile.

La responsabilité n'est pas une notion médicale. La seule question que le médecin puisse résoudre est celle de la maladie mentale. On devrait se borner à lui demander : Le prévenu est-il aliéné ?

Il y a aussi la question de la responsabilité partielle qui ne peut être admise par les juristes, ce qui est une grave inconséquence de leur part, puisqu'ils sont bien forcés d'admettre un âge pour le discernement. En réalité, l'échelle de la responsabilité est infinie et, dans l'état de maladie, on en observe tous les degrés. Mais, au point de vue médical, il vaudrait mieux ne pas parler de responsabilité partielle ou amoindrie. Il faudrait énumérer les cas pathologiques qui atténuent la culpabilité et rendent par conséquent le délinquant *moins punissable*. Le tribunal devrait encore fixer lui-même la durée du placement à l'asile, afin d'empêcher la sortie prématurée des aliénés criminels dangereux. Aujourd'hui il arrive souvent que certaines communes, pour ne pas payer la pension de ces aliénés, les font sortir de l'asile sans que personne puisse s'y opposer. Les individus dont la responsabilité est amoindrie (les dégénérés, épileptiques, etc.) sont souvent très dangereux. Il faut des asiles spéciaux pour les interner.

M. le professeur Stooss insiste sur la nécessité de l'entente des juristes et des médecins pour résoudre ces questions délicates.

Après une discussion assez nourrie, l'assemblée adopte les propositions suivantes concernant la détermination de la responsabilité dans le futur Code pénal fédéral :

I. — Il n'y a pas délit lorsque l'auteur était en état d'aliénation mentale, d'imbécillité ou d'inconscience au moment de l'action.

II. — Si l'état mental ou la conscience du prévenu était seulement troublée, ou s'il était atteint de débilité

mentale, la peine pourra être atténuée ou même complètement supprimée.

III. — L'autorité judiciaire ordonnera le placement dans un asile des individus irresponsables ou à responsabilité amoindrie, et cela, pour aussi longtemps que la sécurité publique l'exigera.

IV. — Si la demande d'internement de l'individu irresponsable ou à responsabilité amoindrie est formulée par une déclaration médicale, l'autorité judiciaire ordonnera l'admission du malade dans un asile aussi longtemps que son état de santé l'exigera.

On fit remarquer la contradiction apparente qui existe entre les deux premiers articles qui mentionnent tous deux l'*imbécillité* et la *débilité mentale*; mais, en pratique, il est nécessaire de faire cette distinction et de classer les imbéciles ou les idiots sous la rubrique de l'irresponsabilité complète, tandis que les débiles doivent pouvoir bénéficier, suivant les circonstances et le degré de leur faiblesse d'esprit, d'une responsabilité atténuée.

Remarquons que le mot de « responsabilité partielle » a été soigneusement évité.

Les articles III et IV consacrent une importante innovation. L'article III spécialement donne à la justice une compétence nouvelle, celle d'ordonner le placement dans un asile des prévenus libérés pour cause d'irresponsabilité plus ou moins complète, et de fixer le temps pendant lequel ils devront y être retenus. Cette prescription, qui manque de précision, fut assez vivement critiquée par M. Burckhardt, de Préfargier, et par l'auteur soussigné de ce compte rendu. Dans le but de la rendre plus explicite, je proposai d'ajouter un nouvel article ainsi conçu :

V. — La sortie de l'asile des aliénés criminels placés d'après l'article III, ne peut être accordée que par une décision du tribunal.

Cette proposition fut rejetée à une grande majorité, après que M. Stooß eut fait observer qu'elle visait une question de procédure et n'appartenait pas proprement au « code pénal ». Elle n'en est pas moins une conséquence légitime de l'article III, tel qu'il est rédigé, ce qui conduisit l'éminent juriste bernois à demander la suppression des mots « pour aussi longtemps que la sécurité publique l'exigera », proposition qui fut également repoussée à une très forte majorité. Les médecins aliénistes tiennent avec raison à ce que le principe soit inscrit dans la loi. Mais, à mon avis, la formule exacte n'en est pas encore trouvée. Il ne suffit pas de donner aux tribunaux la compétence vague de fixer la durée de l'internement d'un aliéné criminel jusqu'au moment où il ne sera plus dangereux pour la sécurité publique. La guérison constatée par le directeur de l'asile ou par des experts commis spécialement dans ce but ne nous paraît pas suffisante pour autoriser la sortie d'un aliéné criminel interné par ordre du tribunal. Nous pensons que l'intervention d'une décision judiciaire est absolument nécessaire dans les cas de ce genre et que ce principe doit être inscrit sur le Code.

Tels qu'ils ont été adoptés par la réunion de Coire, les quatre articles dont nous venons de parler n'en constituent pas moins une sorte de profession de foi des médecins aliénistes suisses qui demandent une réforme pénale en harmonie avec les connaissances psychiatriques modernes.

Sur la proposition de M. le professeur Forel, et après une discussion écourtée, vu l'heure avancée, l'assemblée adopte les deux vœux suivants qui seront présentés au Conseil fédéral : 1° celui d'une loi fédérale sur les aliénés ; 2° celui de l'institution d'une commission centrale pour toute la Suisse, à l'instar de celle qui fonctionne en Ecosse, composée de médecins aliénistes et de juristes,

pour l'inspection des asiles et la protection des aliénés en général.

Avant de lever la séance, M. le professeur Wille déposa encore la proposition suivante pour être discutée dans une prochaine réunion :

« L'admission dans un asile d'aliénés est un acte qui entraîne, ne serait-ce que momentanément, la suspension de la capacité et de la liberté civiles garanties légalement.

« Est-il correct qu'une mesure semblable soit prise simplement sur une déclaration médicale contrôlée par l'autorité administrative ?

« Ne serait-il pas convenable, pour rester dans l'esprit de la loi, que cet acte trouvât sa sanction légale ? »

Un joyeux banquet, dans la salle des fêtes de l'asile de Waldhaus, termina cette intéressante réunion qui réussit à merveille, grâce à la bonne organisation et à la cordiale réception de nos confrères des Grisons.

PAUL LADAME.

*Asile Waldhaus près de Coire, d'après les notes du
D^r Joerger, directeur.*

Cet asile comprend :

1° Un bâtiment principal en façade sud-est, 106 mètres de front. Au milieu, l'administration ; de chaque côté, la division des tranquilles, hommes et femmes. Deux ailes pour les demi-agités, et deux divisions 1^{re} et 2^e classe ;

2° Deux bâtiments latéraux en forme de T pour les cellules, formant les divisions des gâteux et des agités ;

3° Au centre, le bâtiment de l'économat, cuisine centrale, buanderie, chambre de désinfection, etc., etc. ;

4° La morgue ;

5° Maison d'isolement pour les affections contagieuses ;

6° Ferme et colonie agricole.

Dans les divisions, le plain pied ne renferme que les réfectoires et les salles de réunion qui s'ouvrent sur les jardins et les cours.

Les boiseries de ces salles, en pin arole, sont d'un aspect luxueux et agréable. Dans chaque division les bains, lavabos, vestiaires et cabinets d'aisances sont placés en arrière. Au premier et au deuxième étage, les dortoirs et les chambres d'infirmiers. On trouve des bains à tous les étages dans la division des semi-agités.

Les cellules ne se composent que d'un rez-de-chaussée ; elles ont 2 mètres de hauteur ; leurs parois cimentées et passées à l'huile ; le sol planchéié en chêne sur l'asphalte. Les fenêtres en verre épais de 2 centimètres.

Tous les bâtiments sont reliés entre eux par des galeries couvertes. Chacun d'eux a son propre chauffage central à réglage automatique. Les fenêtres sont divisées en trois parties, dont l'inférieure seulement est munie d'un grillage extérieur, et peut être ouverte par les malades.

L'asile est organisé pour recevoir cent quatre-vingts malades. Chaque lit dispose de 23 mètres cubes d'air et un système de ventilation est établi partout au moyen de canaux de prise d'air à l'extérieur et dans les corridors. La hauteur des dortoirs est de 3^m,60.

Partout des hydrautes. Dans les cabinets d'aisances les tuyaux de descente sont munis d'un syphon. Un grand canal d'égout qui charrie toutes les eaux vannes aboutit dans le Rhin, après un trajet de 300 mètres environ.

L'établissement est éclairé par quatre cent quarante lampes électriques qui sont actionnées depuis les chambres des surveillants et les corridors, en dehors de l'atteinte des malades.

Le domaine de la ferme est de 60 arpents (1).

(1) L'arpent suisse est de 3,600 mètres carrés.

Pathologie

LE CRIME A DEUX

Par le D^r P. MOREAU (de TOURS).

Parmi les attentats commis contre les personnes ou les propriétés qui, chaque jour, émeuvent l'opinion publique, on n'a pas été sans faire la remarque qu'un certain nombre d'entre eux reconnaissent pour auteurs deux individus qui semblent avoir fait association pour exécuter le crime qu'ils avaient conçu. Arrêtés, ces individus passent en jugement et, le plus souvent, tous deux sont condamnés à des peines variables dont nous n'avons pas ici à apprécier la valeur.

Laissant de côté toute application pratique et nous confinant dans la théorie pure, il nous est permis d'étudier l'état psychologique de ces malfaiteurs, de rechercher si, au point de vue théorique, nous le répétons, ils sont tous deux coupables au même degré et de suivre le processus par lequel ces individus arrivent à agir de concert.

Un examen superficiel démontre tout d'abord que de ces deux individus, il y en a un plus intelligent qui impose sa volonté et ses idées à un second plus borné, qu'il y a une main qui exécute alors que l'esprit commande, et qui n'intervient le plus souvent que pour empêcher la lutte de la victime et la paralyser complètement; en un mot, et pour employer une expression

qui appartient au langage du moyen âge, mais qui rend bien la pensée, qu'il y a un incube et un succube.

L'état mental spécial où se trouvent deux individus unis l'un à l'autre par ces liens morbides avait déjà attiré l'attention de nos maîtres et, dans un mémoire resté classique, Lasègue et J. Falret avaient mis en relief les troubles particuliers que l'on observe dans la forme mentale qu'ils ont à juste titre dénommée la « Folie à deux (1) ».

Quelques années plus tard, se basant sur cette donnée, M. le Dr Chpolianski (2) soutint devant la Faculté de médecine de Paris une thèse sur le « Suicide à deux ».

A notre tour, reprenant la question au point de vue de la criminalité, nous verrons les faits confirmer la thèse de notre regretté maître, le professeur Lasègue, en montrant la réelle analogie entre la folie à deux et le crime à deux.

Pour bien comprendre l'état d'esprit des criminels que nous avons en vue ici, il est bon de rappeler en quelques mots ce que le savant professeur et J. Falret entendaient par « Folie à deux ».

Selon ces auteurs, l'aliéné, l'agent provocateur, présente en général un délire partiel qui, dans quelques-unes de ses parties, ne s'éloigne pas trop de la vraisemblance. La leçon qu'il s'est apprise à lui-même n'admet ni variantes ni lacunes ; sa mémoire est topique parce qu'elle fait exception de tout à l'exclusion des idées malades. On ne le prend jamais en défaut, à quelque date que remonte l'aventure, et sa persuasion, à force d'être monotone et circonscrite, devient communicative.

Tout autre est son complice involontaire et inconscient. Raisonnable à demi, raisonnant beaucoup, prêt à

(1) Lasègue et J. Falret. La folie à deux ou folie communiquée. *Annales méd.-psych.* novembre 1877.

(2) Chpolianski. *Le suicide à deux*, Thèse de Paris, 1885.

faire des sacrifices provisoires, apte à prendre son point d'appui en dehors des conceptions délirantes qu'il n'a pas créées, auxquelles il a souvent résisté pendant une assez longue période de temps, il ne se laissera convaincre que si l'histoire l'intéresse personnellement. Si l'état mental du second est plus difficile à saisir, avec une recherche persévérante on arrive à comprendre les lois auxquelles il obéit.

Ici, trois conditions sont nécessaires : la première est qu'il soit d'une intelligence faible, mieux disposée à la docilité passive qu'à l'émancipation.

La seconde, qu'il vive en relation constante avec le malade.

La troisième est qu'il soit engagé par l'appât d'un intérêt personnel. On ne succombe à l'escroquerie que par la séduction d'un lucre quel qu'il soit ; on ne cède à la pression de la folie que si cela vous fait entrevoir la réalisation d'un rêve caressé.

Il fant, en résumé et tout d'abord, la modération relative du délire, ses côtés sentimentaux, sa concordance avec les dispositions de celui qui s'y adapte, puis la répétition incessante des mêmes propos, renouvelés sans rémission, enfin la débilité intellectuelle et morale du participant.

La folie à deux se produit toujours dans les conditions ci-dessus indiquées. Toutes les observations présentent des caractères très analogues, sinon presque identiques, chez l'homme et chez la femme, comme chez l'enfant, l'adulte et le vieillard.

On pourrait faire intervenir dans sa production l'hérédité comme cause prédisposante, lorsqu'il s'agit de deux personnes appartenant à la même famille, comme la mère et la fille, les deux sœurs, le frère et la sœur, la tante et la nièce, etc. ; mais cette cause ne peut plus être invoquée dans les cas où il n'existe entre les deux ma-

lades aucun lien de parenté, par exemple lorsque la maladie se produit entre le mari et la femme.

Ces conditions nécessaires et suffisantes pour déterminer la folie à deux, nous les retrouvons avec de légères modifications pour le crime à deux.

Dans ces drames à deux personnages, nous voyons, en effet, un acteur principal, personnage actif, plus ou moins intelligent, il est vrai, mais sachant ce qu'il veut et qui, véritable aliéné en ce sens, déploiera la plus grande ténacité pour parvenir à son but, visant le plus souvent à ne pas se compromettre au cas où le délit serait découvert ; puis, un second individu, être essentiellement et absolument passif, véritable cire molle qui garde l'empreinte qu'on y dépose.

Mais qu'on ne s'y trompe pas ; ce n'est pas du premier coup qu'il subira sa métamorphose ; c'est graduellement, peu à peu, à la longue que son esprit atteindra le degré de souplesse nécessaire pour se mouler sans difficulté et accepter les idées qui lui sont imposées. Il y a, dans cette marche, analogie complète avec ce que l'on remarque pour l'implantation de l'idée fixe. On sait en effet qu'un penchant pénètre dans notre esprit d'autant plus facilement que son objet excite plus vivement nos désirs ou nos craintes, notre affection ou notre haine. Nous avons conçu une idée dans le plein exercice de notre liberté morale. Nous pouvons en quelque sorte la manier à notre gré, la tenir sous notre dépendance immédiate, nous sommes et restons le maître absolu d'exciter ou de comprimer son élan. Mais bientôt, insensiblement, l'esprit perd son autorité naturelle et passe, sans s'en apercevoir, sous un jong qu'il ne peut plus secouer. La liberté morale est anéantie et remplacée par une force aveugle et brute ; les pensées, les désirs revêtent des caractères de *fixité*, d'irrésistibilité et d'indépendance, qui les placent en dehors du moi, de la conscience qui relie, coor-

donne l'action des diverses puissances intellectuelles.

Mais pour qu'une idée fixe s'implante de la sorte, il faut un terrain préparé, prédisposé par sa nature à recevoir l'empreinte qu'un étranger lui donne. Tout le monde en effet n'est pas apte à se laisser influencer de la même manière.

L'instigateur du crime n'ira pas, à brûle-pourpoint, dire à l'individu sur lequel il a jeté les yeux pour en faire, non son complice, mais sa chose, ce qu'il attend de lui ; il sera plus astucieux et dans ses manœuvres se montrera fin politique. Son premier soin sera de chercher à capter sa confiance, d'imposer peu à peu son autorité et finalement d'obtenir une obéissance aveugle ; puis, un jour, comme par hasard, il dira quelques mots de la question qui l'intéresse, mais sans avoir l'air d'y attacher de l'importance. Le lendemain et les jours suivants il y reviendra, insistera plus longuement et laissera entrevoir toute l'utilité et tous les avantages que l'on recueillerait si la personne n'existait plus ; de là à parler de la supprimer par la violence, il n'y a qu'un pas ; et ce pas sera vite franchi. C'est ainsi que peu à peu le sujet passif arrivera à partager la manière de voir du sujet actif, à épouser aveuglément sa cause. A force d'entendre répéter chaque jour les mêmes idées, il a fini par les faire siennes et, à un moment donné, le promoteur de l'idée a si bien suggestionné son sujet que celui-ci cède, exécute l'ordre qui lui est donné, et concourt ainsi, inconsciemment pourrait-on dire, à l'accomplissement du forfait, agissant en cela comme un véritable automate, sans volonté, sans conscience, au même titre qu'agit impulsivement un individu en proie à une idée fixe.

Un exemple frappant, qui vient à l'appui de ce que nous venons de dire, nous est fourni par la Cour d'assises du Var (août 1878).

Il s'agit d'une mère qui, par ses conseils incessants, pousse son fils à tuer son père qui vit en concubinage avec la femme R...

Victorien Meille, l'accusé, a vingt ans, sa mère quarante-sept.

Depuis qu'il avait quitté la maison paternelle, a-t-il dit, il avait été en butte aux obsessions de sa mère qui n'avait cessé de l'exciter contre son père en lui répétant que celui-ci ne manquerait pas de les déshériter, sa sœur et lui. » « Il faut le tuer, lui disait-elle, afin qu'il ne fasse pas de dispositions qui vous soient préjudiciables », et comme il se refusait à écouter de semblables conseils, la femme Meille de s'écrier alors dans un langage des plus expressifs : « Eh quoi ! est-il possible que tu sois naïf à ce point ? Comment peux-tu voir d'un œil indifférent ce qui se passe ? Ne comprends-tu pas que ton père laissera tout son bien à votre tante, soit par donation, soit par une vente à fonds perdu ? Vous pourriez avoir un peu de bien, ta sœur et toi, et, si vous le laissez faire, vous n'aurez absolument rien. » Puis elle ajoutait : « Oh ! si je ne craignais pas de le manquer, je l'aurais déjà fait moi-même ! »

Dans une autre circonstance, pendant l'été dernier, la femme M... aurait ajouté des instructions particulières aux conseils criminels qu'elle donnait à son fils.

« Ton père a deux vaches, lui dit-elle ; comme il fait chaud durant cette saison, il les fait sortir le soir et il reste lui-même pour les garder ; prends donc le fusil de ton beau-frère et profite du moment pour guetter ton père et le tuer ! »

Malheureusement l'opiniâtreté de cette dernière devait finir par avoir raison de l'irrésolution de son fils :

Le dimanche 9 janvier, Vict. Mielle étant revenu voir sa mère à Goufaron, celle-ci se montra plus pressante que jamais ; elle lui parla de nouveau de la prédilection de son père pour sa tante, lui fit entrevoir les conséquences d'un pareil rapprochement pour sa sœur et pour lui ; puis, comprenant l'influence décisive de ses paroles, elle alla chercher un fusil que son gendre tenait dans sa chambre, le renferma elle-même dans un sac et le descendit dans l'écurie pour le mettre à la disposition de son fils. Une fois armé de ce fusil, Vict. Mielle ne tarda pas à exécuter le crime arrêté dans sa pensée.

Le soir même, il achète une certaine quantité de plomb n° 6, aux Mayons-du-Luc, puis il va cacher son arme dans l'écurie de son maître et il l'essaie quelques jours après en présence de deux témoins. Enfin, le vendredi 14 janvier, au lieu de se livrer à son travail habituel, on le voit à diverses reprises dans

l'après-midi, sur la route qui borde la forêt communale des Mayons, où il comptait sans doute trouver son père.

Ce jour-là, entre trois heures et trois heures et demie, Casimir Mielle était occupé dans la forêt à dépecer un pin qu'il venait d'abattre; son fils qui rôdait aux environs l'aperçoit au moment où il lui tourne le dos; il s'avance sans être vu, et, quand il n'est plus qu'à une dizaine de mètres, Victorien, protégé par un massif, ajuste lentement son père, fait feu et s'enfuit en voyant tomber la victime. Puis, une fois son crime accompli, il va prendre sa leçon de musique, et le soir, quand on vient lui dire que son père a disparu, on le trouve occupé à faire une partie de cartes.

Quant à la femme Mielle, après avoir longtemps essayé de lutter contre l'évidence, elle a été obligée de reconnaître qu'elle avait excité son fils à donner la mort; mais, se réfugiant dans une sorte d'équivoque pour le reste, elle a persisté à soutenir qu'elle n'avait pas remis le fusil à Victorien et qu'elle avait eu seulement la faiblesse de lui laisser prendre cette arme. Une pareille explication déguise trop mal un aveu pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Au surplus l'information a établi que la femme Mielle avait conçu depuis longtemps le dessin de se défaire de son mari, qu'à un moment donné *elle avait voulu associer à ses projets une autre personne* que son fils, et qu'en dépit de ses protestations c'est à elle que revient l'idée première du crime qui a été commis.

C'est en pleurant que Victorien Mielle avoue son crime; il maintient tout ce qu'il a dit à l'égard de sa mère et que relate l'acte d'accusation. Il regrette vivement son crime qu'il n'aurait pas commis, assure-t-il, si sa mère ne l'y avait excité en lui faisant craindre de voir son père disposer de son bien au préjudice de ses enfants.

Cette affaire est bien une observation type de ce que nous appelons le crime à deux. Toutes les conditions voulues y sont réunies; nous voyons en effet le sujet principal, le sujet actif, l'excitateur si l'on veut, la femme Mielle, présenter une immuable volonté à atteindre le but qu'elle s'est proposé, tuer son mari dont elle a à se plaindre pour des motifs que nous n'avons pas à

apprécier ici. Mais se sentant trop faible pour mener à bien sa criminelle entreprise, elle songe à se donner un complice. Une première tentative faite dans ce sens échoue ; elle ne se rebute pas et tourne alors son dévolu sur son fils, jeune homme d'une vingtaine d'années, d'un caractère assez mou, sans énergie. Elle lui parle d'abord vaguement de son projet, puis y revient en donnant des raisons qui peuvent émouvoir le jeune homme et finalement, par ses objurgations incessantes, finit par avoir raison de ses résistances. Quand elle le croit suffisamment soumis à sa volonté et le moment propice, elle lui remet elle-même l'arme entre les mains. Le meurtre accompli, la femme Mielle commence tout d'abord par nier, se récruse, se déclare incapable d'un tel forfait et rejette bien loin toute responsabilité. « Comment elle, faible femme, aurait-elle pu manier un fusil ? Comment aurait-elle eu assez de courage pour assassiner de sang froid son mari?... etc. » Elle en reporte tout l'odieux sur son fils, et n'hésite pas à l'accabler de ses témoignages.

Ce n'est que, convaincue par l'évidence, qu'elle se décide à faire des aveux et encore sont-ils pleins de réticences.

Jusqu'ici nous avons étudié le caractère de l'auteur principal ; il nous faut rechercher maintenant quel est l'état mental de celui qui joue le rôle passif, le rôle de succube.

A priori, il est de toute évidence que ce ne peut être un sain d'esprit. Il doit de toute nécessité présenter une tare psychique quelconque qui le mette en état de réceptivité et le rende fatalement apte à accepter à son insu les suggestions qu'on veut lui imposer. Si l'influence des milieux joue ici un rôle dont l'importance ne saurait être mise en doute, il s'en faut beaucoup que cette cause soit suffisante et même nécessaire. Elle peut être adjuvante, mais non déterminante.

Pour que l'imprégnation des idées subjectives se produise efficacement, il faut en quelque sorte que l'esprit, le caractère offrent un terrain propice et apte à leur implantation, à leur développement, à leur exécution et ce, il ne peut l'obtenir que par une hérédité morbide.

Or, si nous recherchons la nature psychique de celui que nous pouvons dénommer le *succube*, nous constatons sans le moindre étonnement que ceux qui constituent cette classe sont d'une façon générale ceux qui reconnaissent le plus facilement l'autorité de leur entourage, que ce sont des faibles d'esprit, des enfants, des vieillards, ceux que Ball a si pittoresquement dénommés des *Effacés*, que ce sont des dégénérés dont les facultés intellectuelles sont des plus bornées, et dont les facultés morales et affectives ont reçu une atteinte plus ou moins profonde.

Au premier abord, l'aspect de ces individus ne présente rien qui les différencie des autres hommes. Mais pour peu qu'on les étudie en détail, on est frappé de l'étrangeté de leur mise et le même étonnement se manifeste quand on veut scruter un peu leur intelligence, leur savoir.

Chez eux tout est superficiel ; sans opinions personnelles, ils prennent leurs idées toutes faites chez l'un, chez l'autre, où ils les trouvent ; sans aucune initiative, ils cherchent indistinctement quelqu'un à qui obéir. Ils ajoutent volontiers foi aux contes qu'on leur débite, se laissent facilement entraîner dans les erreurs les plus grossières des préjugés populaires. Ils cèdent facilement aux suggestions étrangères qui ont pour but de les conduire hors du droit chemin. Ils sont violents et chez le plus grand nombre on constate l'existence des plus mauvais instincts, une tendance innée vers le mal, l'apparition précoce de perversité dangereuse.

Souvent cette limite est franchie et nous nous trouvons alors en face de véritables malades appartenant à la classe des imbéciles.

Aux penchants de mauvaise nature, les imbéciles, c'est-à-dire cette classe d'individus dont les facultés sont développées jusqu'à un certain point, joignent souvent une grande faiblesse de caractère. Il est d'autant plus facile de les entraîner à des actions blâmables, criminelles même, qu'ils sont incapables d'en comprendre la portée et les conséquences possibles, qu'aucune voix ne s'élève dans leur conscience pour les en détourner ou tout au moins pour se faire bien entendre. On conçoit d'après cela que les individus dont nous parlons deviennent facilement, entre les mains d'hommes intelligents et pervers, des instruments extrêmement dangereux, des aides, nous ne voulons pas dire des complices, d'autant plus redoutables qu'ils n'ont pas de volonté propre et agissent irrésistiblement sous l'impulsion d'autrui.

Tel est, le plus souvent, ce que l'on observe lorsqu'on examine attentivement le caractère psychologique de ces individus qui jouent le rôle passif dans le crime à deux.

On pourrait peut-être objecter qu'il n'en est pas toujours ainsi et que le crime à deux peut être simplement le fait d'une contagion, d'une imitation. Nous n'allons pas à l'encontre de cette manière de voir ; mais bien nette et bien tranchée est la ligne de démarcation entre ceux qui agissent par suggestion et ceux qui succombent à la loi de l'imitation.

Pour que la contagion se produise il faut bien, il est vrai, que l'on ait affaire à des prédisposés. Mais alors que chez les premiers, les succubes, il y a une sorte d'apprentissage, qu'il faut que l'idée une fois inculquée germe, prenne corps à l'instar de l'implantation de

l'idée fixe ; chez les seconds, les imitateurs, il y a pour ainsi dire instantanéité impulsive, réveillant brusquement des idées jusqu'alors endormies. Ce phénomène que nous avons déjà eu l'occasion de signaler à maintes reprises dans différents travaux peut surgir chez des individus isolés. Il n'est pas besoin de rappeler ici les faits de suicide et d'homicide commis dans ces conditions. Mais là où on l'observe surtout, c'est dans les troubles politiques, dans les révolutions. C'est dans ces circonstances critiques que l'on voit éclater ces épidémies de meurtre. Ce fait a été très bien mis en lumière dans le journal *The Lancet* (1) à propos des dernières émeutes qui ont eu lieu à Londres il y a quelques années.

« La volonté de la foule, dit en substance l'auteur anonyme de cette étude, peut être définie comme la résultante de toutes les actions et réactions réciproques et des volontés individuelles qui s'y trouvent en contact. C'est chose entièrement différente de ce qu'on appelle l'opinion publique. Quand un certain nombre de personnes, ayant sur un sujet donné des opinions analogues, se réunissent en un même lieu, elles y apportent des forces constructives spéciales et des affinités qui les rapprochent ; leurs intentions personnelles sont prêtes à se fondre dans une décision commune. Il y a certainement une part d'affinité de cet ordre dans la constitution mentale d'une foule quelconque ; si les unités qui la composent n'étaient pas jusqu'à un certain point prédisposées à une action collective, elles ne s'assembleraient pas volontairement, ou, réunies par le hasard, elles ne tendraient pas à former une masse homogène. Mais il y a aussi des forces différentes et toutes spéciales à la foule, qui entrent en jeu en ce cas.

(1) Cité par le Dr Aubry. *La contagion du meurtre*, p. 145.

« Le mot « foule » par lui-même implique en effet des éléments hétérogènes et dans une certaine mesure exclut l'idée d'une organisation, la préexistence d'un but commun. Il n'est donc pas possible qu'une foule proprement dite ait véritablement une volonté collective, constituée par les facultés élémentaires les plus hautes de tous les cerveaux qui en font partie. L'activité mentale de la foule est limitée à la colère, à l'imitation, aux actes instinctifs, c'est-à-dire aux énergies inférieures de l'entendement. Étant donnée une multitude de gens impressionnables, il n'est nullement nécessaire pour les déterminer à agir ensemble que ces gens se soient fait individuellement une opinion sur un sujet donné ; la passion, l'étourderie, l'esprit d'imitation suffisent.

« Il est au contraire parfaitement possible que, sous l'influence d'une contagion spéciale, chacun des gens ainsi réunis agisse en opposition directe avec ses principes individuels.

« Il y a dans le nombre même une influence subtile et puissante qui agite les passions et force en quelque sorte l'individu à imiter son voisin. Qu'un des éléments de cette foule commence à être surexcité, les autres sont pris de la contagion, et l'esprit de tumulte grandit, se répand de tous côtés, sans qu'aucune sympathie préalable l'ait nécessairement fomenté. Qu'un homme regarde un point donné ; tous les autres se tournent vers le même point, sans savoir pourquoi. Qu'un homme se mette à courir, tous les autres en font autant. Qu'un membre de la foule donne l'exemple de la violence, ceut, mille bras se livrent aussitôt pour l'imiter sans aucune préméditation. On ne saurait méconnaître dans ce phénomène l'action de *quelque chose* qui tient provisoirement lieu de pensée commune ou de volonté collective ; ce quelque chose n'est pas la mise en jeu des

plus basses énergies mentales et ne saurait en aucune façon prétendre à la dignité d'une véritable faculté intellectuelle; et pourtant, si l'on considère les résultats, et l'unité, l'ensemble qui produisent ces résultats, on ne peut guère trouver, pour définir ce quelque chose que le mot : *Esprit des foules*. Une multitude qui obéit à cette influence, prend avec une rapidité prodigieuse tous les caractères d'un corps organisé. Dans un intervalle de temps qu'on peut mesurer seulement par une succession continue d'incidents, cet assemblage de particules humaines hétérogènes se trouve presque subitement si bien cimenté par ses propres actes qu'il constitue tout à coup une masse cohérente. Et c'est ainsi que les conséquences les plus imprévues peuvent se produire. Une foule s'est formée, la moitié au moins des personnes qui en font partie est inconsciente de tout autre sentiment que celui de la curiosité. Un orateur a-t-il pris la parole, la plupart ne l'entendent même pas et sont simplement influencés par le bruit, le spectacle et le nombre. Tout à coup, ils subissent une impulsion particulière et qui relève du domaine de la passion instinctive. Ils imitent, parfois inconsciemment, ceux qui les entourent, et sans même savoir pourquoi, ils participent à des actes dont ils ignorent le but. Ils vont jusqu'à prendre des armes et des projectiles, s'il s'en trouve à leur portée, et jusqu'à s'en servir sans se douter du résultat qu'ils concourent à atteindre. C'est presque toujours ainsi que commencent les émeutes. »

Il s'agit bien ici d'une véritable contagion imitative, au sens propre du mot, telle que nous avons eu, déjà à plusieurs reprises, l'occasion de l'étudier. On voit combien son mode d'action diffère de ce que nous avons décrit comme « crime à deux ». Nous n'y insisterons pas davantage et, à l'appui de notre thèse, nous allons passer rapidement en revue quelques-uns des cas principaux

dans lesquels peuvent se produire et se produisent ces attentats que l'étude des faits nous permet de ranger sous différents chefs, parmi lesquels l'âpreté au gain, la jalousie, la débauche sont les plus fréquents.

Une des causes les plus communes du crime à deux est l'âpreté au gain, et ce crime est d'autant plus odieux qu'il choisit le plus souvent ses victimes parmi les enfants, les vieillards, les idiots. Dans ces cas, il y a un fait particulier à noter : à la persuasion, à l'intimidation du complice choisi, il y a parfois contagion pour les tiers ; ceux-ci, assistant journellement aux tortures infligées, finissent par s'y habituer et insensiblement arrivent à être eux-mêmes les instruments inconscients des promoteurs du crime.

En 1876, on arrêtait à Largentière trois personnes sous l'inculpation d'assassinat. Le crime avait eu pour mobile une affaire d'intérêt, un héritage convoité et ne venant pas assez vite. La femme avait déterminé son neveu à se faire l'instrument de ses desseins. Une domestique employée parfois à porter la faible nourriture accordée au vieillard, objet des tortures, finit, bien que nullement incitée contre lui, à l'accabler d'injures, le maltraiter, le frapper. La mort ne venant pas assez vite au gré des coupables, le malheureux fut enfin mis à mort.

On a vu encore le crime reconnaître pour cause la plus effroyable débauche.

Le 5 février 1890, on trouvait, sur la route de Gabian à Béziers, un cadavre horriblement mutilé et défiguré, en lequel on reconnut cependant le cadavre du nommé Injalbert, de Gabian. La rumeur publique ne tarda pas à accuser du crime la femme de la victime, L. Oustry, âgée de trente-sept ans, qui avait dans le pays une réputation détestable, et on lui connaissait entre autres comme amant le nommé J. Gely, âgé de soixante-sept ans.

Arrêtée, la femme I... nia d'abord, mais elle finit par avouer qu'obéissant à l'inspiration de son amant qui lui avait fait acheter un revolver, et aidée de son fils âgé de dix-sept ans, elle avait tiré sur son mari des coups de revolver. Le fils était intervenu

et à l'aide d'un énorme gourdin que lui avait remis sa mère, acheva son père. Les meurtriers s'acharnèrent ensuite sur leur victime et ayant trouvé un couteau dans sa poche, ils s'en servirent pour pratiquer sur le cadavre une horrible mutilation.

Gély, outre les faits ci-dessus, est accusé d'une tentative de viol consommé sur la fille Injalbert, âgée de onze ans; le fils Injalbert a à répondre d'un viol et d'un attentat à la pudeur consommé sur sa sœur. Ces derniers crimes ont été commis avec le consentement et à l'instigation de la femme Injalbert.

A l'audience, la femme Injalbert avoue cyniquement le crime, portant la responsabilité sur son amant qui le lui avait suggéré. Le fils avoue également et dit n'avoir agi que sous l'inspiration de sa mère.

(Cour d'assises de Montpellier, 16 mai 1890.)

On a vu encore une instigatrice principale entraîner la conviction, non plus d'une personne, mais d'un certain nombre de personnes. Ici le processus est encore le même. Le procès qui se jugea en Hongrie le 25 juin 1890 en est un curieux exemple.

Il s'agissait d'une affaire d'empoisonnement dans laquelle étaient impliquées dix femmes. Celles-ci étaient accusées d'avoir formé entre elles un complot pour se débarrasser par le poison de leurs maris, afin de pouvoir se livrer en toute liberté à la débauche. C'est au moyen de l'arsenic, administré par petites doses pendant plusieurs années, que les dix femmes avaient mis leur projet à exécution.

Les accusées, qui pour la plupart sont âgées d'au moins quarante ans, ont avoué leur crime. L'acte d'accusation a relevé contre elles des faits vraiment révoltants. Plusieurs accusées, parmi lesquelles figurait la principale instigatrice, manquent à l'audience. Elles étaient mortes pendant la durée de leur détention. Quatre des accusées ont été condamnées à mort, une aux travaux forcés à perpétuité, et trois à quinze ans de la même peine. Deux autres femmes impliquées dans le procès ont été acquittées.

Mais là où le fait du crime à deux, tel que nous l'avons décrit, se manifeste clairement, c'est lorsque nous nous trouvons en présence d'actes inspirés par la

jalousie, par les discussions dans le ménage... etc. Sur ce point nous rapporterons deux observations :

Le 4 avril 1889, la Cour d'Orléans était appelée à juger une affaire qui passionnait l'opinion ; un assassinat commis par un sourd-muet sur un sourd-muet avec la complicité de la femme de la victime affligée de la même infirmité.

... A la suite de certaines considérations d'ordre privé, la disension ne tarda pas à entrer dans le ménage peu de temps après le mariage. Le mari était d'un caractère violent, emporté, jaloux ; de son côté la femme ne pouvait pardonner à son mari la différence d'âge qui les séparait (Il avait quinze ans de plus qu'elle). Déjà la femme avait conçu le dessein de se débarrasser de son mari et avait même cherché un certain jour à mettre ce projet à exécution en mêlant aux aliments qui lui étaient destinés le phosphore de quelques allumettes.

A cette époque, les époux S... quittèrent Montargis pour venir s'établir à Gien. Dès leur arrivée ils se lièrent avec un sourd-muet, H. M..., ouvrier à la faïencerie de Gien, qui avait été antrefois avec S... à l'institution des sourds-muets à Orléans.

M..., dont la conduite avait été jusque-là très régulière, s'éprenait de la femme S..., qui mit à profit cette passion pour se débarrasser de son mari. Elle finit, à force d'insistances, à persuader à M... qu'elle l'épouserait s'il consentait à « faire disparaître » son mari. M..., après bien des résistances, finit par céder et consentit.

Au cours des débats la préméditation de la femme a été démontrée ; et M... n'a été que l'instrument fidèle et inconscient qui a exécuté les ordres de sa complice. La femme S... fut condamnée à douze ans de travaux forcés, M... à six ans de la même peine.

Dans le second fait nous voyons encore un esprit prédisposé, qui, sous l'influence d'incitations incessantes, finit par céder.

S... épousait en 1883 une jeune fille de dix-neuf ans, de bonne famille. Après neuf mois moins deux jours naquit un enfant. Cette naissance, en avance de quarante-huit heures, fut cause de tous les malheurs qui fondirent sur cette famille.

S..., d'un naturel taciturne et concentré, se crut trompé. Il

fut entretenu dans cette idée par sa mère, femme connue de tous et redoutée pour son caractère intéressé, acariâtre, méchant, ne cherchant qu'à faire le mal. Celle-ci, agissant sur l'esprit de son fils, finit par lui persuader son malheur et l'exhorta à se venger. Tout d'abord S... fit des scènes violentes à sa femme et se borna à la renvoyer dans sa famille. Cette séparation dura deux ans.

Conseillé par quelques amis, S... reprit sa femme et sa petite fille. Le ménage était loin d'être heureux et sous l'instigation de la mère les mêmes scènes de jalousie recommencèrent bientôt. La naissance d'une petite fille ne changea rien aux conditions d'existence de ce déplorable intérieur, et S... conserva envers sa femme sa même défiance et sa même attitude. Enfin S... succomba aux exhortations de sa mère et tua sa femme. S... a été arrêté, ainsi que sa mère, accusée d'avoir excité son fils à commettre le crime qui le rend justiciable des tribunaux.

Nous pourrions multiplier jusqu'à l'infini ces faits qui sont d'observation journalière. Ce serait étendre inutilement ce travail sans lui donner une plus grande portée. Les quelques exemples que nous avons cités suffisent amplement à confirmer l'étude que nous présentons sur le « crime à deux ».

CONCLUSIONS :

De l'observation des faits, MM. Lasègue et J. Falret ont mis en lumière l'existence de la folie à deux.

Pour que ce genre de folie existe, trois causes principales sont nécessaires : 1° Il faut que l'individu soit d'une intelligence faible, mieux disposé à la docilité passive qu'à l'émancipation ; 2° qu'il vive en relation constante avec le malade ; 3° qu'il soit engagé par l'appât d'un intérêt personnel.

Dans ce travail, nous avons étudié et démontré que le « crime à deux » existe et que son étiologie, sa marche ne diffèrent en rien des observations de MM. Lasègue et Falret. Comme dans la folie à deux, on trouve un su-

jet plus intelligent qui foment le crime, un sujet moins intelligent qui s'est laissé circonvenir et qui exécute.

L'étude que nous présentons est purement théorique, car au point de vue légal les auteurs de ces crimes sont tous deux coupables; mais la responsabilité doit être plus grande pour l'instigateur du crime que pour le sujet qui, se trouvant dans un état d'infériorité intellectuelle manifeste, n'a été qu'un instrument aveugle du crime.

Archives cliniques.

35

ASILE DE VILLEJUIF. — M. MARCEL BRIAND

**Trouble de la sensibilité générale se traduisant
par une sensation de sable du côté malade dans
un cas d'hémichorée post-hémiplégique.**

SOMMAIRE. — Femme de 66 ans. — Hémiplégie gauche. — Mouvement choréiformes du bras gauche. — Affaiblissement intellectuel. — Sensation de sable qui coule de sa main gauche. — Sensation de sel sous le pied du même côté. — Atrophie musculaire. — Hyperesthésie musculaire. — Diminution de l'acuité des sens du goût, de la vue et de l'ouïe.

La malade est une petite femme de soixante-six ans, ancienne marchande de quatre saisons. En 1885, elle a eu une attaque d'apoplexie. En portant un seau d'eau, elle est tombée en arrière ; quand on l'a relevée, elle était paralysée du côté gauche. Un mois après cette attaque, les membres du côté paralysé sont pris d'un tremblement choréiforme.

Le 21 janvier 1889, elle entre à Sainte-Anne. M. le Dr Magnan constate un « affaiblissement des facultés intellectuelles avec idées confuses de persécution ; faiblesse musculaire, tremblement du bras gauche ».

Le 17 janvier. Affaiblissement des facultés intellectuelles avec excitation par intervalles.

Elle entre à Villejuif, 18 mars, où l'on constate le même état mental.

Elle a une sensation de sable qui coule de sa main gauche, du sel sur lequel elle marcherait, sous le pied du même côté; elle sent le sel et l'entend crépiter.

Elle s'essuie toute la journée pour s'enlever le sable des mains.

A l'examen actuel la malade présente les symptômes suivants :

La sensibilité à la douleur est augmentée du côté gauche, côté de l'hémichorée. Le moindre piqure d'épingle la fait sursauter.

Elle distingue bien le chaud du froid sur toute la surface cutanée.

Le goût n'est pas très altéré; elle reconnaît le sel appliqué sur le côté gauche de la langue, mais ne peut reconnaître le poivre.

L'odorat est intact.

La vue est affaiblie; elle ne peut distinguer de grosses lettres. Le champ visuel est rétréci du côté de l'hémichorée; au périmètre, 20 degrés du côté externe, l'œil droit marque 60 degrés.

L'ouïe est affaiblie des deux côtés; elle distingue à peine le tic-tac d'une montre à deux centimètres. Absence de toute affection de l'oreille moyenne dans ses antécédents.

La malade ne peut se tenir debout, ni marcher; étant soutenue par deux gardiennes, elle traîne ses jambes; on ne constate pas de contracture des muscles de la jambe; elle ne décrit pas de cercles de circumduction en marchant. Le réflexe rotulien est exagéré; le réflexe plantaire existe. On constate en outre le réflexe de Jackson: en ramenant brusquement le pied gauche du côté de la flexion, il se produit une trépidation prolongée du pied; ce phénomène n'existe pas à droite.

Quand la malade est au repos, son membre supérieur est appliqué au tronc, et la main est agitée de petites

secousses ; sous l'influence d'une excitation quelconque : l'approche du médecin, la parole adressée, etc., le bras exécute une série de mouvements d'abduction et d'adduction rapides et désordonnés, qui n'ont aucun caractère de rythme. En même temps la tête tourne à gauche et le membre inférieur remue faiblement. L'accès dure quelques instants et tout rentre dans l'ordre.

Les doigts sont agités d'un mouvement choréiforme continu ; la préhension est impossible.

Dans les mouvements intentionnels, l'agitation choréiforme du bras s'accroît. Dans l'acte de porter la main à la bouche, la main fait des écarts considérables et approche difficilement du but.

La face ne participe pas aux mouvements choréiformes.

La vue n'influence nullement le mouvement des membres.

Tout mouvement choréiforme cesse pendant le sommeil.

Il n'existe pas de tremblement de la langue, la parole est intacte.

Le système musculaire est notablement atrophié de deux côtés, l'atrophie est plus prononcée à gauche.

La malade s'enveloppe la main gauche dans son mouchoir, pour s'essuyer le « grabage » qui en coule, prétend-elle, continuellement.

Elle éprouve cette sensation de sable sur tout le côté gauche du corps. Il semble cependant que le siège de ce trouble est limité à la surface cutanée ; elle ne se plaint pas d'avoir du sable dans la bouche, dans les yeux, dans les oreilles ; quand on l'interroge à ce sujet, elle dit qu'elle sent quelque chose dans la bouche, mais qui n'est pas du sable.

Les organes internes ne présentent rien d'anormal, sauf un souffle systolique à la base du cœur. La malade

dit avoir souffert d'un rhumatisme articulaire, il y a quinze ans.

Déviation du gros orteil gauche couvrant la base des derniers orteils ; rien autre à signaler dans la conformation extérieure.

Affaiblissement notable des facultés intellectuelles.

En résumé, notre malade présente, avec de légères modifications, les signes de l'hémichorée post-hémiplégique décrits par les auteurs.

Mouvements choréiformes du membre supérieur gauche, qui s'accroissent par des mouvements volontaires survenus après une hémiplégie.

Diminution de l'acuité gustative, de la vue et de l'ouïe.

L'anesthésie que l'on constate habituellement est ici remplacée par de l'hyperesthésie.

L'exagération des réflexes, la trépidation jacksonnienne du pied, l'atrophie musculaire sont vraisemblablement sous la dépendance des lésions médullaires consécutives à la lésion céphalique. L'intérêt de cette observation se trouve dans l'altération spéciale de la sensibilité générale que la malade accuse avec une grande intensité. La sensation subjective de poussière, de sable, de sel localisée au côté affecté de l'hémichorée. Ce trouble correspond-il à une localisation spéciale du foyer hémorragique qui a occasionné l'hémiplégie d'abord et l'hémichorée ensuite ?

D'après les travaux de MM. Charcot et Raymond, le siège de la lésion dans l'hémichorée est dans la partie postérieure de la capsule interne, dans la région lenticulo-optique ; la lésion porte sur les faisceaux situés en avant et en dehors de ceux de l'hémianesthésie.

On sait que la chorée symptomatique coïncide souvent avec l'hémianesthésie. Dans notre cas, elle en est séparée ; elle est remplacée par l'hyperesthésie et la sen-

sation de sable dont nous parlons plus haut. On peut donc en conclure que le foyer hémorragique siège immédiatement en avant du faisceau sensitif et que celui-ci se trouve en état d'irritation par le voisinage du foyer ocreux.

L'irritation du faisceau sensitif se traduit ici, cliniquement, par l'hyperesthésie et l'altération *sui generis* de la sensibilité générale qui a pris chez notre malade la forme bizarre de la sensation de sable.

D^r TARGOWLA,

Interne de service.

36

ASILE DE VILLE-EVRARD. — M. MARANDON
DE MONTYEL

Mort subite dans un cas de ramollissement étendu des deux lobes frontaux.

SOMMAIRE. — Homme de 28 ans. — Profonde dépression mentale. — Mutisme absolu. — Syncopes de deux à trois minutes de durée. — Pas de crises convulsives. — Mort subite. — Autopsie: Foyer de ramollissement étendu des deux lobes frontaux et des parois des ventricules; adhérences légères de la pie-mère aux hémisphères.

D... (Pierre), âgé de vingt-huit ans, né à V... (Aveyron), journalier, sans domicile connu, est entré à l'asile de Ville-Evrard, le 19 juin 1891, venant de l'asile Sainte-Anne.

Il est porteur des certificats suivants :

Certificat à fin d'admission (hôpital Lariboisière, 18 mai 1891). — Aliénation mentale qui se manifeste par des crises d'alcoolisme aigu et épileptique, ce qui trouble le repos des malades. — Signé : D^r LANDRIEUX.

Certificat immédiat (asile Sainte-Anne, 19 mai 1891).

— Affaiblissement des facultés intellectuelles, obtusion et alternatives d'excitation. Ce malade aurait eu des crises convulsives d'après le certificat qui l'accompagne. — Signé : D^r MAGNAN.

Certificat de quinzaine (asile Sainte-Anne, 2 juin 1891). — Affaiblissement des facultés mentales avec excitation en voie de décroissance. — Signé : D^r MAGNAN.

Au moment de son entrée dans le service du D^r Marandon de Montyel à l'asile de Ville-Evrard, ce malade est dans un état de dépression telle qu'il est impossible d'obtenir de lui aucun renseignement : il ne répond à aucune question et donne lieu au certificat immédiat suivant.

Certificat immédiat (asile de Ville-Evrard, 20 juin 1891). — Lypémanie aiguë avec profonde dépression mentale et inconscience des actes. — Signé : D^r MARANDON DE MONTYEL.

Pendant les quelques jours qui ont suivi son entrée, l'état mental du malade est resté le même ; il a présenté en même temps, comme symptômes physiques, des pertes de connaissance que les infirmiers ont pris pour des vertiges épileptiques ; ces syncopes se sont présentées deux fois ; le malade étant assis est tombé en arrière et est resté sans connaissance deux à trois minutes. Il ne paraissait se souvenir de rien quand il est revenu à lui ; ces vertiges n'ont été accompagnés d'aucune crise convulsive. Le malade n'avait aucun trouble apparent de la motilité. Les autres symptômes cliniques manquent, étant donné le peu de temps que le malade a passé dans le service.

Quoi qu'il en soit, le malade, entré à l'asile le 19, n'ayant reçu aucune visite de nature à nous renseigner sur ses antécédents pathologiques personnels ou héréditaires.

taires, a été trouvé mort dans son lit, le 28 juin à deux heures et demie du matin.

Le corps reposait dans le decubitus dorsal ; la face et les extrémités étaient cyanosées. Le malade était mort sans prononcer aucune plainte ; aucun de ses voisins, ni les gardiens ne se sont aperçus du moment précis du décès ; mais le corps était déjà froid au moment de sa constatation.

Les symptômes peu nets qu'il a présentés pendant la vie, le peu de phénomènes que nous avons constaté chez lui, joint à la rapidité de sa mort et aux lésions que l'autopsie nous a permis de constater, nous ont engagé à rechercher chez ceux qui avaient vu le malade avant nous, les renseignements cliniques qui nous manquaient.

Nous nous sommes, sans succès, adressé au service de M. Landrieux, pour savoir quels phénomènes avait présentés le malade à l'hôpital Lariboisière. Cependant, d'après le certificat dont il est porteur, il y a lieu de croire qu'il a eu des attaques convulsives. Des renseignements que nous a fournis notre ami Berbez, interne du service de l'admission à Saint-Anne, il ressort que ce malade est resté, dans cet asile, quinze jours dans un état de stupeur et d'hébétude, que M. Magnan avait rattaché à une lésion traumatique ou circonscrite ; le mutisme était absolu, la face stupide, les pupilles largement dilatées. On avait également pensé au début à Sainte-Anne, et les attaques signalées dans le certificat de M. Landrieux y faisaient penser, à un état post-épileptique.

Au bout de quelque temps, cet état de stupeur a commencé à disparaître, le malade est sorti de l'état de prostration et a pu dire à M. Berbez que, depuis quelques mois, il avait des pertes de connaissance et tombait tout d'un coup, ne se rappelant pas ce qu'il faisait.

A Sainte-Anne, il a eu, consécutivement au certificat de quinzaine, établi par M. Magnan, deux petits vertiges sans chute, mais avec perte de connaissance et quelques mouvements convulsifs localisés dans un bras (bras gauche); ces vertiges très rapides auraient eu lieu dans la soirée. Mon ami M. Berbez a tenté également d'obtenir des renseignements du service de M. Landrieux, mais il n'a pas été plus heureux que nous.

Autopsie pratiquée le 29 juin 1891. — Poumons : congestionnés, adhérence du poumon droit en arrière de la cage thoracique près de la colonne vertébrale.

Poids, P. D. : 650 grammes; P. G. : 645 grammes.

Cœur. — Couleur feuille morte, pas de lésion des orifices, péricarde normal; pas de caillots de sang dans les cavités. Poids, 372 grammes.

Reins. — Tissu congestionné normal. Poids, R. D. 177 grammes. — R. G. 172 grammes.

Foie énorme, congestionné, spumeux. Poids, 2 kil. 225.

Cavité abdominale normale.

Cerveau. — Hémisphère droit. P. 565 grammes.

Foyer énorme de ramollissement, siégeant dans le lobe frontal, ayant amené la destruction presque complète de celui-ci et ne laissant subsister que le pied des circonvolutions frontales (1. 2. 3) et la circonvolution frontale ascendante. *Deux* foyers de ramollissement siégeaient dans l'insula de Reil, le *premier* près de la circonvolution de Broca qui existe encore, le *deuxième* au niveau de la première temporale (dans le pli de jonction); *un* foyer de ramollissement unique siège dans le lobe occipital au niveau de la deuxième circonvolution.

Hémisphère gauche. P. 635.

Foyer de ramollissement considérable siégeant au niveau du lobe frontal et ayant amené la destruction partielle seulement de ce lobe; laissant intacte la troi-

sième circonvolution, un tiers de la première et de la seconde (du côté du pied) et la frontale ascendante, cependant on remarque deux petits foyers de ramollissement siégeant au niveau du pied de la frontale ascendante.

Ramollissement des parois des ventricules.

Adhérences légères de la pie-mère aux hémisphères ; peu de liquide céphalo-rachidien (environ 50 grammes), peu d'adhérence des membranes.

Parois du crâne épaissies.

Cervelet normal. Poids : C. D. 70 grammes. C. G. 72 grammes.

Bulbe normal. — Poids 32 grammes.

DAGUILLON,
Interne de service.

Thérapeutique.

DU SOMNAL

CHEZ LES ALIÉNÉS

ET DE SON EFFICACITÉ DANS LA LYPÉMANIE

Par le D^r E. MARANDON DE MONTYEL

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Quand, en février 1891, je commençai à expérimenter le somnal sur les malades de mon service de Ville-Evrard, ce médicament nouveau n'avait encore suscité de recherches personnelles que de la part de Radlaner, de Constantin Paul, de Franck Woodhury et de Gilman Thompson, du moins à ma connaissance. M. Radlaner, qui, le premier, composa la substance et en décrivit les propriétés, lui avait trouvé la même action somnifère que le chloral et l'uréthane, sans les mêmes inconvénients; car, à la dose de deux grammes, il l'avait vue procurer au bout d'une demi-heure un sommeil calme pareil au sommeil physiologique, de six à huit heures, sans aucun symptôme secondaire fâcheux. M. Constantin Paul, de son côté, s'en lonait à cette même dose et, aussi, M. Frank Woodhury dans plusieurs cas. Enfin, M. Gilman Thompson, dans cinquante-quatre cas d'insomnie de causes très variées, avait obtenu des résultats plus marqués et

plus certains qu'avec l'uréthane et beaucoup moins déprimants qu'avec le chloral, sans vertiges comme avec le sulfonal; il concluait de ses recherches que si le somnal est incapable de triompher du *delirium tremens*, de la violente agitation maniaque et des grandes douleurs, il était dans les insomnies simples, les plus nombreuses de toutes, un hypnotique excellent et inoffensif. Depuis lors, il ne paraît pas que le remède ait été beaucoup essayé; car, seuls, MM. Pierce et Umpfenbach et aussi M. Meyers l'auraient expérimenté, encore ai-je eu la malchance de ne pouvoir me procurer leurs mémoires; je sais seulement par la *Revue* de Hayem que M. Umpfenbach ayant prescrit le somnal dans 70 cas de psychose, 35 fois il obtint un bon résultat, 13 fois une action passagère et 22 fois aucune action; les doses les plus fortes furent de quatre grammes, rarement de six et que, pour M. Meyers, c'est une substance qui procure l'hypnose en agissant directement et exclusivement sur le cerveau. Le sommeil de cinq heures et plus, sans fatigue ni malaise au réveil, sauf une violente céphalée parfois chez les hystériques, était survenu au bout d'une demi-heure à trois quarts d'heure. Jamais M. Umpfenbach n'a constaté d'éruptions ni de troubles digestifs et les affections du cœur ne lui ont point paru une contre-indication à la médication; mais il a été frappé de l'inefficacité presque absolue du médicament chez les femmes et les épileptiques excités des deux sexes.

Il résulte de ce court historique que les effets thérapeutiques du somnal ont été jusqu'ici peu étudiés et que, publier des recherches consciencieusement poursuivies durant un an et demi dans un grand service d'aliénés peut avoir son utilité, d'autant que si les résultats que nous avons observés étaient confirmés, cette substance serait aussi utile dans certains cas que nuisible

dans certains autres. On en jugera par les nombreuses observations détaillées de ce mémoire.

Les résultats sont assez conformes à ce que laissait prévoir l'action physiologique du remède étudié sur quatorze sujets appartenant à toutes les formes de l'aliénation mentale. Celle-ci a été l'objet d'un long mémoire spécial paru dans la *France médicale* (n^{os} 23 et 24, 1892). Je rappellerai seulement ici, pour l'intelligence des faits qui suivent, les points principaux de cette action sur le cerveau. L'organe de la pensée est influencé par le somnal en deux sens opposés, car il a la double propriété d'apporter la gaieté et le sommeil. La gaieté d'abord : la première impression de la substance sur la couche corticale éveille en foule des images agréables. Douze de nos quatorze sujets ont été en effet mis en joie et ce fait est d'autant plus curieux que, parmi eux, se trouvaient trois lypémaniques et un paralytique hypocondriaque. Il était facile à constater, car les sujets ne se bornaient pas à être contents, ils manifestaient leur satisfaction, ils riaient, ils causaient et leurs entretiens étaient empreints de jovialité. Le plus souvent, cette exaltation gaie s'est produite sans que le sujet éprouvât d'autre sensation que le bien-être et l'expansion. Néanmoins, elle s'associa parfois à un sentiment d'ivresse de courte durée. Quatre de nos sujets ont été très affirmatifs sur ce point ; toutefois, tous les quatre trouvèrent plutôt du plaisir à cet enivrement que n'accompagnaient ni lourdeur de tête, ni vertiges, ni dégoût. Puis à l'exaltation et à la gaieté succède plus ou moins rapidement le sommeil. Tous nos quatorze sujets ont éprouvé les effets narcotiques du remède ; bien plus, onze d'entre eux les ont éprouvés durant la première heure consécutive à son administration, et sur ces onze, quatre se sont endormis quelques minutes après, et six au bout d'un quart d'heure ; de plus, neuf, bien qu'ayant bien

reposé dans la matinée ont encore fait bonne sieste après le déjeuner. A en juger par ces faits, le somnal serait donc un hypnotique sûr et rapide, d'autant plus que la plupart de nos malades avaient déjà très bien dormi les nuits qui précéderent les expérimentations. Quant au sommeil produit, il fut profond et continu, s'accompagnant néanmoins de rêves, mais de rêves agréables et surtout érotiques. Le réveil fut non moins digne de remarque : il se produisit progressivement comme au lever après une nuit de repos naturel et s'accompagna lui aussi d'un grand bien-être. Sortis de leur narcose, les sujets n'avaient plus d'ordinaire l'exaltation qui l'avait précédé, mais ils restaient gais et contents. Enfin le somnal excite les centres psychiques, en même temps que les centres physiques de la génération. Cette action est si vive qu'elle aboutit non seulement à la perte séminale pendant le sommeil, mais encore à la masturbation pendant la veille et cela chez des individus déjà avancés en âge. Sur neuf de nos quatorze aliénés nous avons pu constater *de visu* cette influence érotique. Elle ne se limite pas à la sphère physique : elle gagne les centres psychiques. Réveillés, les malades tenaient en effet des conversations lubriques ; endormis, ils avaient des rêves voluptueux ; ils voyaient et touchaient des femmes nues.

Telle est l'action physiologique exercée par le somnal sur le cerveau, action étendue et intense comme on voit. Dans quelle mesure et dans quel cas pouvait-elle être utilisée chez les aliénés ? Il était difficile de répondre *a priori* à cette question. L'exaltation assez vive qui précédait le sommeil ne permettait pas de conclure à l'inefficacité de la substance contre l'insomnie des maniaques, puisqu'un autre remède, l'hyoscine, qui possède à un plus haut degré encore la même propriété excitante, les fait très bien dormir ; d'un autre côté, on pouvait

compter sur une action substitutive. Dans les états ly-pémantiques, certes la gaieté constatée était de bon augure; mais l'alcool, lui aussi, déride l'esprit et pourtant il ne produit chez ces malades qu'une aggravation de leur mal. Le mieux était donc de demander à une expérimentation complète la réponse désirée et, dans ce but, d'essayer le somnal dans toutes les formes d'aliénation mentale. Ainsi nous avons procédé et voici les résultats que nous avons obtenus :

Dans six cas de manie aiguë, l'action hypnotique a été nulle ou de très courte durée, en même temps que l'agitation des malades croissait proportionnellement aux doses. Chez les maniaques, le somnal paraît donc un médicament nuisible, qui doit être sévèrement proscrit puisque, non seulement il n'apporte aucun soulagement, mais aggrave leur état. Un de nos malades a eu une diarrhée très abondante qui a nécessité l'abandon immédiat de la médication; ce fait est exceptionnel, car le somnal n'a aucune action sur le tube digestif.

OBSERVATION I. — Amable Cam..., trente-cinq ans; manie aiguë avec violente agitation diurne et nocturne; à peine une ou deux heures d'un sommeil interrompu. 4 et 5 grammes de somnal restent absolument sans effets; 6 grammes pendant dix-sept jours ne donnent qu'une moyenne de quatre heures d'un sommeil le plus souvent interrompu plusieurs fois, pour le moins une fois. On n'ose ni insister ni élever encore la dose à cause de la surexcitation sans cesse croissante. C'est la troisième fois que le malade est isolé pour manie aiguë; les deux crises précédentes avaient été beaucoup moins violentes, et ont duré bien moins que celle-ci.

OBSERVATION II. — Georges Bri... cinquante-trois ans; seconde crise de manie aiguë, la première étant survenue vingt ans auparavant. Violente agitation diurne et nocturne; deux heures au plus d'un sommeil interrompu. 4 grammes de somnal restent sans effet; 5 grammes donnent, pendant cinq nuits, six heures d'un repos interrompu une ou deux fois, puis l'accoutumance s'établit, car le remède deux jours de suite

est sans action ; en vain on prescrit successivement 6 et 7 grammes. Avec 8 grammes, on obtient durant une semaine de six à sept heures consécutives de repos; mais il est impossible de continuer à cause de l'agitation de plus en plus intense et de l'érotisme du malade. Il écrit à sa femme, plus âgée que lui et qui approche de la soixantaine, des lettres d'amour comme à une jeune fille et, lors de ses visites, il cherche devant tout le monde à la posséder.

OBSERVATION III. — Joseph Dam..., trente-quatre ans; manie aiguë avec insomnie agitée à peu près complète. 4, 5 et 6 grammes de somnal restent sans action aucun. 7 grammes procurent six heures d'un repos interrompu pendant deux nuits, puis restent sans effet. Avec 8 grammes, durant douze nuits, on a une moyenne de moins de quatre heures de sommeil. L'agitation diurne, en même temps, a crû parallèlement à l'élévation des doses.

OBSERVATION IV. — Baptiste Thwall..., quarante-cinq ans; manie aiguë avec vive agitation diurne et nocturne; une ou deux heures au plus de sommeil. 4 grammes de somnal pendant sept jours procurent, la troisième nuit, sept heures de repos et sont sans action les six autres. Puis survient une abondante diarrhée qui oblige à suspendre la médication.

OBSERVATION V. — Louis Da..., trente-sept ans; manie aiguë avec surexcitation modérée; le malade dort deux ou trois heures avec une ou deux interruptions. 4 grammes de somnal procurent, durant trois nuits, de six à sept heures consécutives de repos, puis brusquement l'accoutumance s'établit et durant cinq nuits l'action est nulle; 5 grammes durant une semaine restent également à peu près sans effet. 6 grammes pendant dix-sept nuits ne donnent qu'une moyenne de quatre heures d'un sommeil souvent interrompu. 7 grammes durant deux semaines réussissent moins encore; l'agitation diurne a atteint les dernières limites; le malade est presque constamment en état de fureur.

OBSERVATION VI. — Elie Gil..., vingt-neuf ans; manie aiguë avec surexcitation et insomnie agitée complète. 4 grammes de somnal durant six nuits procurent la première un repos de trois heures, et de sept heures la quatrième, et sont sans action les quatre autres. Avec 5 grammes durant trois nuits il y a tout au plus deux heures de repos. 6 et 7 grammes durant cinq nuits ne réussissent pas mieux; avec 8 grammes c'est à peine si on obtient, durant douze nuits, une moyenne de

trois heures d'un sommeil interrompu. L'agitation diurne, par contre, est devenue frénétique.

Le somnal paraît tout aussi dangereux dans les paroxysmes de la manie chronique. Quand celle-ci est continue, les malades d'ordinaire n'ont pas besoin d'hypnotique pour dormir ; car, ou une très bonne nuit est intercalée entre deux mauvaises, ou ils dorment régulièrement de cinq à six heures tous les jours. Si elle est rémittente, l'insomnie lors des crises paroxystiques est souvent très accusée. Ainsi il en était dans les deux cas suivants :

OBSERVATION VII. — Louis Mat..., cinquante-six ans ; manie chronique rémittente, datant de huit ans. Paroxysmes de vive surexcitation fréquents, mais d'assez courte durée ; le malade dort alors à peine deux heures. Durant l'un de ces paroxysmes, 4 grammes de somnal n'ont aucune action ; 5 grammes pendant six nuits procurent cinq heures d'un repos interrompu, puis brusquement l'acclimatation s'établit et six grammes n'en triomphent pas. 7 grammes durant une semaine ne donnent pas plus de cinq heures de sommeil avec fréquentes interruptions et de nouveau l'acclimatation s'établit. Comme la crise est plus violente et plus prolongée que d'habitude, on suspend ce remède.

OBSERVATION VIII. — Stanislas Pop..., quarante-deux ans ; manie chronique rémittente à paroxysmes éloignés, mais très violents, avec insomnie agitée complète. Durant l'un de ces paroxysmes, 5, 6 et 7 grammes de somnal ne donnent aucun résultat. Avec 8 grammes on obtient durant une semaine à peine trois heures de repos, mais l'agitation est devenue extraordinairement intense ; le malade déchire tout, reste nu et brise tout ce qui lui tombe sous la main ; il est en outre d'un érotisme qu'on ne lui avait pas vu lors des crises précédentes.

Avec la manie intermittente, nous avons été moins heureux encore. Non seulement l'action hypnotique a été faible et l'agitation plus violente que d'ordinaire ; mais les crises ont été tout à la fois plus longues et

plus rapprochées. S'il est facile d'expliquer par l'action excitante du somnal sur le cerveau que nous avons signalée plus haut l'intensité plus marquée et la durée plus prolongée des paroxysmes, il est plus difficile d'expliquer leur plus grande fréquence, puisque dans les intervalles les malades ne prenaient pas le remède. Il nous a paru aussi qu'avec cette médication la terminaison des crises n'était plus franche; le retour à l'état normal, au lieu de s'établir rapidement, s'opérait lentement et par oscillations, le fait a été très net, surtout dans la première des trois observations qui suivent:

OBSERVATION IX. — Eugène Ganoty..., trente et un ans; manie intermittente revenant toutes les trois semaines et d'une durée de six à huit jours au maximum. Le 15 février, crise avec insomnie agitée complète. 3 grammes de somnal ne procurent pendant sept nuits que trois à quatre heures d'un repos interrompu. 5 grammes donnent durant quatre nuits de cinq à six heures non consécutives de sommeil. Le retour à l'état normal ne s'effectue pas franchement comme d'habitude. A partir de ce jour, le sixième depuis le début du paroxysme, le malade dort bien sans hypnotique; mais, dans la journée, il est dans un état de sub-agitation qui persiste plus d'une semaine. En réalité, l'intervalle lucide n'est complet qu'après une vingtaine de jours en tout. Il ne dure guère plus d'une dizaine, puis éclate une nouvelle crise avec insomnie agitée à peu près complète. 4 grammes de somnal apportent de sept à huit heures de repos avec deux ou trois interruptions; l'agitation est très vive quand le malade ne dort pas, puis, comme la fois précédente, survient un état de sub-agitation qui n'empêche pas le sommeil et qui dure une douzaine de jours. L'intervalle lucide consécutif est encore plus court, à peine d'une semaine, et une crise éclate avec insomnie agitée à peu près complète. 4 grammes de somnal restent alors sans effet, mais 5 grammes durant quatorze nuits amènent un repos assez souvent interrompu de six à sept heures. L'agitation du malade va sans cesse croissante. Lors des deux paroxysmes précédents on avait déjà constaté de ce côté une aggravation notable qui cette fois prend de plus grandes proportions. A cette violente surexcitation succède comme précédemment un état mixte encore plus prolongé, d'une durée de

vingt-cinq jours. L'intervalle lucide fut de cinq jours, mais le somnal n'a plus été prescrit, l'effet nuisible étant par trop évident.

OBSERVATION X. — Alphonse Prent..., quarante-cinq ans ; manie intermittente à crises courtes et espacées de plusieurs mois. En février, lors d'un paroxysme avec insomnie agitée complète, 3 grammes de somnal ont procuré la première nuit trois heures consécutives de repos et sont restées sans action les deux suivantes. Avec 4 grammes, le malade durant six autres nuits dort, en moyenne, cinq heures d'un sommeil souvent interrompu, puis le retour à l'état normal s'effectue. En mars, après un intervalle lucide de moins d'un mois, à notre grand étonnement éclate une crise assez violente avec à peine une ou deux heures d'un sommeil léger. 4 grammes de somnal procurent la première nuit dix heures de repos avec une intermittence ; la seconde seulement trois heures ; violente agitation, cette fois comme la précédente, quand le malade n'est pas endormi. 5 grammes durant cinq nuits donnent de cinq à six heures de sommeil avec au moins deux interruptions et alors survient un intervalle lucide qui dure moins encore que le précédent. Jamais les crises n'avaient été aussi rapprochées ; celle-ci est d'une violence exceptionnelle et l'insomnie agitée complète. Avec 5 grammes de somnal d'emblée on obtient tout au plus deux à trois heures d'un repos interrompu durant cinq nuits ; le paroxysme néanmoins est de courte durée et le calme renaît.

En juillet, encore une crise très violente avec insomnie agitée complète. 5 grammes de somnal sont sans effet ; 6 et 7 grammes procurent à peine deux heures de sommeil avec interruptions ; jamais un instant de tranquillité quand le sujet ne dort pas. Il est évident, pour tous ceux qui connaissent le malade, qu'il n'était pas jadis aussi surexcité, ni si fréquemment. Néanmoins la dose est portée à 8 grammes et on a alors de huit à neuf heures consécutives de repos. Le médicament est supprimé pour contrôle ; l'action va en décroissant, car il y a, les trois nuits suivantes, sept, cinq et trois heures de sommeil. Le somnal est alors repris à la dose de 6 grammes et, pendant une semaine, il y a de six à sept heures consécutives de repos ; même agitation violente durant l'état de veille. Nouvelle suppression pour contrôle. Bien que la surexcitation diurne soit très vive, le malade dort une huitaine sans hypnotique, puis l'insomnie agitée reparait. Cette fois 6, 7 et 8 grammes de somnal sont à peu près sans efficacité. La crise dure depuis trente-sept

jours quand sa durée habituelle était d'une semaine. On remplace le somnal par le chloral et, au bout de cinq jours, l'intervalle lucide est complet ; l'insomnie a disparu dès la première nuit. Depuis lors les crises sont redevenues ce qu'elles étaient jadis.

OBSERVATION XI. — Joseph Ren..., trente-quatre ans ; manie intermittente à crise mensuelle d'une durée de quatre à cinq jours. Le 15 mai, l'agitation éclate et il y a la nuit deux heures d'un repos interrompu avec insomnie agitée le reste du temps. 4 grammes de somnal, sans action la première nuit, procurent durant cinq autres une moyenne de cinq heures de sommeil avec une ou deux interruptions. La surexcitation diurne a été plus vive que jamais et sa durée a été plus longue du double. Le 12 juin, nouveau paroxysme avec insomnie agitée à peu près complète ; 4 grammes de somnal pendant six nuits apportent un repos de six heures presque toujours consécutives ; à l'état de veille surexcitation encore plus vive. Le remède est suspendu tout à la fois pour contrôler son action et à cause de l'agitation sans cesse croissante. Pendant cinq nuits, malgré la suppression de l'hypnotique, les choses restent en l'état ; puis l'intervalle lucide s'établit, mais la durée de la crise a triplé. Elle avait pris fin le 25 juin ; le 4 juillet, neuf jours après, en survient une autre encore plus violente qui évolue durant près de deux semaines et, au cours de laquelle, 5 grammes de somnal ont procuré de six à sept heures d'un repos interrompu avec vive agitation à l'état de veille. Après dix jours seulement d'intervalle lucide l'agitation reparaît diurne et nocturne ; 5 grammes de somnal n'ont pas d'action, 6 grammes n'agissent un peu que durant une seule nuit, mais 7 grammes amènent, six nuits de suite, de six à huit heures de sommeil. L'expérimentation a paru suffisante et, depuis l'abandon de ce médicament, les crises ont repris leur allure d'autrefois.

Je n'ai eu occasion d'essayer le somnal que chez un seul circulaire à la période expansive ; très conscient de son état, le malade a rédigé lui-même l'observation qui suit. Ce cas unique, très incomplet, puisque le sujet s'est refusé à continuer la médication, ne prouve pas grand'chose ; mais, si on réfléchit que l'insomnie de la double forme est la plus complète, la plus continue et

la plus rebelle à toute thérapeutique, il apparaîtra à peu près certain qu'un hypnotique qui échoue dans la manie simple aura encore moins de succès ici. Quoi qu'il en soit, voici le récit que nous a remis notre malade.

OBSERVATION XII. — Théophile Crompt..., cinquante-six ans, atteint, d'après les médecins de la variété fumiste appelée aliéniste, de folie à double forme parce qu'il passe une partie de son année à dénoncer avec indignation leurs infamies et l'autre partie à se désespérer d'être toujours leur victime. Cependant il a consenti, non certes dans son intérêt, mais pour épargner ce supplice à quelque autre moins robuste, de prendre une de leurs infectes drogues, à laquelle, par ironie, ils ont donné le nom de somnal et voilà quels en furent les résultats. *Première expérience* : Comme somnifère son action est nulle. Son goût est détestable et, dès qu'il a pénétré dans l'estomac, on sent qu'il est antipathique à toute assimilation ou, pour mieux dire, indigeste, si on peut s'exprimer ainsi pour un liquide. Dix heures après son pénible passage à travers l'abdomen, l'âcreté de la bouche est manifeste. Un malaise qu'on ne peut comparer qu'à un lendemain d'orgie avec envies de femmes non satisfaites (les envies, pas les femmes) vous pousse à une nutrition salée. *Deuxième expérience* : La deuxième confirme la première. Le produit que je viens d'analyser dans ses effets est tout à fait mauvais, inefficace comme narcotique et à odeur fétide. Repoussé par l'estomac qu'il détériore et par la gorge qu'il infecte, il provoque, comme le chloralamide, des gaz méphitiques et des érections qu'il est cruel de donner à un homme dans un tel milieu. Le médecin aliéniste qui a prôné ce médicament est un charlatan qui me paraît réunir toutes les qualités essentielles de son métier.

Toutes ces observations nous semblent apporter la conviction que le somnal est contre-indiqué dans tous les états maniaques de nature vésanique. Il accroît l'agitation; s'il ne lui imprim e pas, comme le fait l'hyoscine, un caractère violent, il en prolonge la durée et la fréquence. D'un autre côté, impuissant à triompher de l'insomnie agitée, il n'a même pas, comme l'hyosciamine, la propriété de donner le calme à défaut du sommeil. Voyon »

maintenant comment il se comporte dans la paralysie générale.

OBSERVATION XIII. — Nicolas Rotz..., quarante-cinq ans; paralysie générale à la première période, avec agitation modérée. Sommeil de deux à trois heures le plus souvent interrompu. Le somnal, aux doses de 4 et de 5 grammes pendant quatre jours et de 6 grammes pendant quinze jours, n'apporte pas de modification appréciable; mais l'agitation diurne est survenue si violente que la médication doit être abandonnée. Avec 4 grammes de chloral on obtient de suite cinq heures consécutives de repos par nuit et, le jour, un apaisement notable.

OBSERVATION XIV. — Charles Ray..., trente-six ans; paralysie générale à la première période, avec vive agitation diurne et nocturne. Sommeil d'une à deux heures. Le somnal aux doses de 6, 7 et 8 grammes restent à peu près sans effet, car la moyenne du repos n'est même pas de trois heures par nuit. Par contre, l'agitation est devenue de la dernière violence, mais elle tombe en grande partie avec le chloral; néanmoins, l'insomnie agitée persiste.

OBSERVATION XV. — Séraphin Domp..., cinquante-sept ans; paralysie générale à la première période, avec vive surexcitation diurne et nocturne. Insomnie agitée, presque complète. 4 et 5 grammes de somnal sont sans action. L'agitation s'est tellement accrue, qu'on n'ose porter plus haut la dose, ni continuer la médication. Le chloral est prescrit à 3 grammes; immédiatement la surexcitation tombe en grande partie et le sommeil est par nuit de six à sept heures consécutives.

OBSERVATION XVI. — Jules Krep..., trente-neuf ans; paralysie générale à la seconde période, avec vive agitation diurne et nocturne. Sommeil de deux heures environ. 4 et 5 grammes de somnal ne produisent aucun effet; en outre, le malade est pris d'une diarrhée très abondante et, par précaution, on supprime la médication.

OBSERVATION XVII. — Alexandre Dup..., quarante-deux ans; paralysie générale à la première période, avec surexcitation diurne et nocturne. Sommeil de deux heures. 4, 5 et 6 grammes de somnal ne donnent pas plus de trois heures d'un repos interrompu. D'un autre côté, l'agitation est devenue des plus vives et on juge prudent de suspendre la médication. Cette suppression est suivie d'un apaisement marqué.

OBSERVATION XVIII. — Ernest Port..., vingt-huit ans; paralysie générale à la première période, avec agitation modérée le jour et la nuit. Sommeil interrompu de deux à trois heures. 5, 6 et 7 grammes de somnal sont sans action. Avec 8 grammes, une bonne nuit est intercalée entre deux ou trois complètement blanches et agitées, ce qui prouve que le sujet dort autant par apaisement que sous l'influence de l'hypnotique. De plus, l'agitation a atteint les dernières limites. Un grand calme suit la suppression du remède.

A en juger par ces six cas, l'action du somnal dans la paralysie générale serait la même que dans la manie aiguë : le remède, nul en tant qu'hypnotique, accroîtrait considérablement l'agitation, de telle sorte qu'il serait exclusivement nuisible. Mais il n'en est pas toujours ainsi, comme le prouvent les faits suivants.

OBSERVATION XIX. — Hippolyte Schaff..., vingt-neuf ans; paralysie générale à la première période, avec excitation diurne et nocturne. Sommeil de deux heures au plus. 5 grammes de somnal sont sans action. 6 grammes, pendant une semaine, procurent six, sept et même huit heures consécutives de repos. On suspend le remède pour contrôler et aussi à cause de l'agitation diurne qui étoit sans cesse. Quinze jours après, le somnal est repris à 5 grammes pendant douze jours et on obtient une moyenne de sept heures de repos, mais avec des alternatives de nuit très bonnes et mauvaises. 6 grammes, au contraire, font dormir régulièrement le malade de six à neuf heures consécutives pendant vingt jours. Malheureusement, l'agitation diurne est de nouveau devenue si violente, qu'il faut suspendre le remède, et cette suspension est suivie d'un calme relatif.

OBSERVATION XX. — Michel Capen..., trente-six ans; paralysie générale à la première période, avec agitation diurne et nocturne des plus violentes. Néanmoins, le malade repose encore deux ou trois heures par nuit d'un sommeil interrompu. 4 grammes de somnal, pendant dix jours, donnent régulièrement de sept à huit heures de repos avec une ou deux interruptions au plus. Le remède est supprimé pour contrôle et le malade, sans hypnotique, a une moyenne de cinq heures de sommeil, une bonne nuit étant intercalée entre de mauvaises. Au bout de deux

semaines, insomnie presque complète. Cette fois, 4 et 5 grammes de somnal agissent faiblement; mais 6 grammes, pendant quatorze jours, apportent régulièrement chaque nuit de six à sept heures de repos, presque toujours consécutives. Le remède est de nouveau supprimé et le malade continue à dormir de cinq à six heures par nuit. L'agitation n'a pas paru plus accentuée pendant la médication; mais il est vrai de dire qu'avant elle était déjà extrême.

OBSERVATION XXI. — Jean Pra..., quarante-sept ans; paralysie générale à la première période à forme dépressive. Sommeil interrompu de trois heures au plus. Avec 5 grammes de somnal on obtient, pendant dix jours, six heures presque toujours consécutives de repos, sans modification de l'état dépressif. Le remède est suspendu pour contrôle et, dès la quatrième nuit, l'insomnie reparaît; mais ce malade est emporté par une congestion cérébrale, avant que la médication n'ait été reprise.

OBSERVATION XXII. — Félix Carb..., quarante-cinq ans; paralysie générale à la seconde période, avec surexcitation diurne et nocturne. Sommeil interrompu de trois heures au plus. 4 grammes de somnal donnent, pendant une semaine, sept et parfois huit heures presque toujours consécutives de repos, toutefois l'agitation diurne s'est accentuée. On suspend le remède pour contrôle, le malade se calme en partie, mais l'insomnie agitée reparaît presque aussitôt. Le somnal est repris à la dose de 4 grammes et de nouveau, dès la seconde nuit, on a durant quatorze jours six et sept heures consécutives de sommeil, seulement l'agitation a repris de plus bel et le malade faiblit beaucoup. Pour la seconde fois, la médication est suspendue, et dès la troisième nuit derechef, l'insomnie agitée, est complète. Comme précédemment, le somnal à 4 grammes durant neuf nuits, apporte de six à sept heures consécutives de repos. Par malheur, l'agitation et la faiblesse du malade sont telles qu'il est prudent d'abandonner le remède. La mort survient quelques jours après par marasme paralytique.

OBSERVATION XXIII. — Pierre Rou..., quarante-trois ans; paralysie générale à la seconde période à forme hypochondriaque, avec agitation diurne et nocturne. Sommeil interrompu de deux heures au plus. 5 grammes de somnal sont sans action; mais 6 grammes, durant douze jours, procurent par nuit de six à neuf heures consécutives de repos. Accroissement peu

marqué de l'agitation diurne. Le remède est supprimé pour contrôle ; mais, presque immédiatement après, survient une période de calme et le malade, sans hypnotique, repose au moins cinq heures.

OBSERVATION XXIV. — Jean Chaum..., cinquante ans ; paralysie générale à la troisième période avec agitation. Insomnie agitée complète. 5 grammes de somnal procurent régulièrement chaque nuit pendant dix jours, sept heures consécutives de repos. Le remède est supprimé pour contrôle et aussi à cause de l'aggravation considérable de l'agitation diurne et de la faiblesse croissante du malade, qui succombe quinze jours après dans le marasme paralytique.

OBSERVATION XXV. — Henri Schl..., trente-six ans ; paralysie générale à la troisième période avec faiblesse marquée et vive agitation. Insomnie agitée complète. Pendant deux semaines, 6 grammes de somnal procurent régulièrement chaque nuit de sept à huit heures d'un sommeil le plus souvent continu. Le remède est supprimé pour contrôle et l'insomnie agitée d'avant ne tarde pas à reparaitre ; mais, vu la faiblesse du malade, on ne reprend pas la médication. La mort arrive peu de jours après par marasme paralytique.

OBSERVATION XXVI. — Antoine Bouch..., quarante-trois ans ; paralysie générale à la troisième période, avec violente agitation diurne et nocturne, et affaiblissement marqué. Sommeil interrompu de deux heures environ. 4 grammes de somnal, pendant dix jours, fournissent régulièrement chaque nuit un repos de six heures avec une interruption ; mais le malade est si faible qu'on n'ose insister ; il succombe sept jours après dans le marasme paralytique.

OBSERVATION XXVII. — Frédéric Rag..., quarante-quatre ans ; paralysie générale à la seconde période, avec agitation diurne et nocturne. Deux heures d'un sommeil interrompu. 4 grammes de somnal n'agissent pas, 5 grammes donnent assez régulièrement pendant quatorze jours six et parfois sept heures d'un repos interrompu une fois ou deux ; mais l'agitation est extrême et paraît affaiblir le malade. Le remède est supprimé et un calme relatif survient.

Dans ces neuf cas le somnal à doses élevées a eu une action narcotique incontestable et même assez marquée. Le sommeil ainsi déterminé survenait rapidement, au

bout d'une heure au plus, et était presque toujours continu quelle que fût sa durée. Malheureusement chez tous les malades, peut-on dire, l'agitation, comme nous l'avons vu pour les maniaques, a été considérablement accrue, de telle sorte que le somnal, en résumé, s'il peut faire dormir le paralytique la nuit, l'agite toujours au réveil. C'est là une influence nuisible qui, malgré la narcose apportée, oblige à condamner ce remède dans la paralysie générale. Dans les cinq cas suivants, les effets hypnotiques ont été moins réguliers, car le sommeil ne survenait pas chaque nuit, une bonne se trouvant intercalée entre deux mauvaises, ou *vice versa*, et, ici encore, l'agitation diurne s'est développée parallèlement aux doses employées.

OBSERVATION XXVIII. — Louis Raff..., trente-huit ans; paralysie générale à la première période, avec agitation diurne et nocturne. Sommeil de deux heures au plus. 4 grammes de somnal sont sans action la première et la troisième nuit; mais la seconde il y a sept heures de repos avec deux intermittences. 5 grammes restent inactifs pendant quatre nuits, apportent durant trois autres nuits six et sept heures consécutives de sommeil et n'agissent plus. Avec 6 grammes pendant six nuits, on n'est pas plus heureux, puis, avec des alternatives de nuits bonnes et passables, on a, durant dix-neuf jours, une moyenne de plus de six heures de repos une ou deux fois interrompu. L'agitation sans cesse croissante oblige à suspendre le remède. Dès la seconde nuit, l'insomnie d'avant a reparu. Le somnal repris ne fournit, avec 4 et 5 grammes, aucun résultat bien appréciable; 6 grammes durant douze nuits donnent, avec les mêmes alternatives que précédemment, une moyenne de cinq heures, le plus souvent consécutives, de sommeil et l'accoutumance s'établit; mais, avec 7 grammes, on a presque régulièrement chaque nuit six heures de repos pendant neuf jours; par contre, l'agitation est telle qu'il paraît prudent de suspendre la médication. Peu après le malade est plus calme.

OBSERVATION XXIX. — Isidore Lem..., trente-cinq ans; paralysie générale à la première période, avec agitation diurne et nocturne. A peine une ou deux heures de sommeil, 5, 6 et

7 grammes de somnal restent sans effets ; 8 grammes durant quatorze jours, avec des alternatives de nuits bonnes et plus ou moins mauvaises, une moyenne de cinq heures d'un repos presque toujours continu ; mais l'agitation diurne a tellement augmenté, que le remède est supprimé. Un calme relatif s'en suit immédiatement.

OBSERVATION XXX. — Auguste Lev..., trente-deux ans ; paralysie générale à la première période, avec agitation diurne et nocturne. Sommeil interrompu de deux heures à peine. 5, 6 et 7 grammes de somnal n'agissent successivement que durant les trois premières nuits, en apportant un sommeil continu de six heures, puis l'accoutumance s'établit. 8 grammes pendant deux semaines donnent, avec quelques alternatives de nuits bonnes et passables, une moyenne de sept heures d'un repos continu ; mais l'agitation est effrayante et oblige à abandonner la médication. Un grand calme suit cet abandon.

OBSERVATION XXXI. — Émile Bau..., trente-sept ans ; paralysie générale à la première période, avec vive agitation diurne et nocturne. Sommeil d'une à deux heures. 4 grammes de somnal n'apportent aucun changement ; mais 5 grammes, pendant trois semaines, procurent une moyenne de cinq à six heures de repos avec une ou deux interruptions, les nuits bonnes et mauvaises alternant entre elles. Puis survient une période de calme, durant laquelle le malade repose sans hypnotique.

OBSERVATION XXXII. — Henri Kou..., trente et un ans ; paralysie générale à la troisième période, avec vive agitation de jour et de nuit et avec affaiblissement considérable. Sommeil irrégulier de deux heures au maximum. 4 grammes de somnal pendant une semaine ne procurent, en moyenne, des nuits bonnes alternant avec des mauvaises, que quatre à cinq heures d'un sommeil interrompu ; 5 grammes donnent, eux, avec les mêmes alternatives, une moyenne de cinq à six heures consécutives de repos ; mais la faiblesse croissante du malade ne permet pas de continuer la médication, et la mort arrive six jours après par marasme paralytique.

Il résulte de ces vingt observations que le somnal doit être proscrit du traitement de la paralysie générale comme du traitement de la manie. Si, en tant qu'hypnotique, il ne nous a fourni que 30 p. 100 d'insuccès contre 70 p. 100 de succès, qui se subdivisent en 45 p. 100

de succès complets et 25 p. 100 de demi-succès, il a occasionné dans tous les cas, qu'il amenât ou non le sommeil la nuit, une telle aggravation de l'agitation diurne si nuisible chez les paralytiques à cause de l'épuisement qui en résulte, qu'il ne saurait être conseillé dans cette affection. A parcourir les observations qui précèdent il ne paraît pas que la période de la maladie où se trouve le sujet ait une influence sur l'action du remède ; cette action ne semble en rien dépendre de l'état plus ou moins avancé de la périencéphalite diffuse. Mais, si le somnal excite le paralytique, il n'active pas, comme le chloralamide, l'évolution de la paralysie générale. Les malades dont la faiblesse nous a contraint d'abandonner la médication, étaient déjà épuisés et à une phase avancée de leur mal avant le traitement. Seul, un, au début de la maladie, et encore fort, a succombé, mais à une congestion cérébrale, complication si fréquente de l'affection paralytique, et alors que le remède était suspendu pour contrôler ses effets. Quant aux troubles gastriques, ils se sont montrés une fois seulement sous forme de diarrhée. L'obstacle à l'emploi de ce remède est donc son action excitante, qui pour ainsi dire ne manque jamais, même lorsque son influence narcotique s'exerce, et bien que, comme dans la manie, l'excitation ainsi produite soit plutôt gaie qu'agressive, elle constitue, par ses conséquences, une contre-indication formelle. Maintenant pourquoi, puisque cette surexcitation est générale, les uns dorment et pas les autres ; pourquoi dans certains cas seulement l'accoutumance s'établit-elle ? Il nous est difficile de répondre à ces questions, car il ne nous a pas été permis de poursuivre, durant un temps suffisamment long chez chaque sujet, nos recherches, à cause précisément de l'exaltation croissante que nous constatons. Peu importe d'ailleurs, en pratique, ces différences d'action, puisque

l'influence aggravante sur l'agitation qui se retrouve chez tous oblige à rejeter cette substance dans la paralysie générale. Les résultats que nous avons obtenus dans la lypémanie ont été, par contre, excessivement favorables, et si les recherches ultérieures les confirmaient, le somnal serait appelé à rendre de grands services dans cette forme mentale.

OBSERVATION XXXIII. — Victor Chem..., cinquante-quatre ans ; lypémanie religieuse aiguë. Halluciné de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale, ce malade est dans un état extatique. Insomnie complète. 6 grammes de somnal d'emblée. Effet nul la première nuit, mais, durant les trois suivantes, il y a six heures consécutives de sommeil ; en même temps le malade est moins absorbé dans la journée et il est possible d'obtenir de lui quelques réponses. En présence de cette heureuse modification, la dose est portée à 7 grammes. Le sommeil obtenu est de sept à huit heures, presque toujours consécutives et presque régulièrement chaque nuit ; en outre, l'amélioration mentale va s'accusant de plus en plus, si bien qu'au bout de quinze jours de cette médication le malade est complètement revenu à lui, n'ayant conservé aucun souvenir de son délire. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XXXIV. — Alexandre Barb..., trente-deux ans ; phtisie pulmonaire avec dépression mélancolique, dégoût de la vie, idées de suicide et refus d'aliments. Trois heures à peine d'un sommeil interrompu. 4 grammes de somnal dans les aliments liquides injectés le soir à la sonde, et durant quatre nuits, n'ont aucun effet. Avec 6 grammes durant une semaine l'action hypnotique ne se produit pas davantage, mais l'état mental est sensiblement amélioré. Le malade, moins désespéré, moins dégoûté de la vie, prend quelque peu de nourriture. Au bout de deux semaines, le mieux s'est encore accentué, Barb... s'alimente bien et prend volontiers la potion le soir. A partir de ce moment, le sommeil a été de cinq à six heures, presque toujours consécutives, et, après cinq semaines, la guérison de la lypémanie était achevée ; elle s'est maintenue jusqu'à la mort, survenue, plusieurs mois après, du fait de la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XXXV. — Frédéric Men..., quarante-six ans ; lypémanie aiguë avec hallucinations de la vue, de l'ouïe et

de la sensibilité générale, profonde dépression mentale et conceptions délirantes de persécution. Sommeil interrompu de trois heures au plus. 4 grammes de somnal durant deux nuits restent sans effet; 5 grammes procurent de six à sept heures consécutives de repos, en même temps que l'état mental s'améliore rapidement. Au bout d'un mois le malade allait bien et la guérison se maintenait.

OBSERVATION XXXVI. — Firmin Pr..., vingt-six ans; lypémanie ambitieuse aiguë avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Insomnie complète fréquente; de temps à autre, un sommeil interrompu de deux ou trois heures. 5 grammes de somnal restent sans action la première nuit; mais, à partir de la seconde, le sommeil est de six à sept heures avec une interruption, rarement deux. En même temps l'état mental s'améliore rapidement et en trois semaines le malade, débarrassé de tous les troubles aigus, ne présentait plus qu'un certain degré de débilité mentale. Il n'y a plus eu de poussée délirante jusqu'à la sortie.

OBSERVATION XXXVII. — Alexandre Melia..., trente-cinq ans; lypémanie aiguë avec hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale et vive réaction anxieuse. Sommeil interrompu de deux heures au plus. 4 grammes de somnal sont sans action la première nuit, procurent la seconde sept heures consécutives de repos, et la troisième n'agissent plus. 5 grammes apportent régulièrement de six à sept heures d'un sommeil presque toujours continu et en même temps l'état mental s'améliore rapidement. Au bout d'un mois de ce traitement la guérison est complète et se maintient jusqu'à la mort, survenue le mois suivant par pneumonie double.

OBSERVATION XXXVIII. — Hippolyte Scha..., trente et un ans; lypémanie aiguë avec conceptions délirantes de ruine. Sommeil de deux heures à peine. Le somnal à 4 grammes procure durant deux nuits six et huit heures de repos avec une interruption, puis n'agit plus durant trois autres nuits. 5 grammes durant vingt jours donnent de six à sept heures de sommeil avec une, rarement deux interruptions. Depuis le début de la médication, l'état mental s'est complètement transformé. Le malade demande à suspendre le remède, car il se sent bien et lui attribue des rêves érotiques avec pertes séminales qui lui fatiguent le corps. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XXXIX. — Louis Loi..., vingt-six ans; lypémanie aiguë avec hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la

sensibilité générale et conceptions délirantes de persécution. Insomnie complète. 5 grammes de somnal ne procurent la première nuit que deux heures de repos, puis durant six autres nuits de six à sept heures de sommeil avec une interruption, et brusquement l'acoutumance s'établit. 6 grammes ensuite, durant trois semaines, apportent de sept à huit heures de repos souvent consécutives, jamais avec plus de deux interruptions. Durant cette médication, l'état mental s'améliore rapidement et redevient normal. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XL. — Alphonse Chav..., cinquante-six ans; lypémanie aiguë avec hallucinations de tous les sens et conceptions délirantes de damnation. Insomnie complète. 4 grammes de somnal ne donnent la première nuit que trois heures consécutives de repos, et durant onze autres nuits de sept à huit heures d'un sommeil continu. L'état mental s'est très sensiblement amélioré; toutefois le malade a encore des craintes de damnation, au point de refuser de continuer la médication à cause des rêves érotiques et des mauvais désirs qu'elle éveille en lui. Au bout de cinq jours, retour de l'insomnie complète, mais l'amélioration survenue dans l'esprit subsiste. Le malade se décide à reprendre le somnal, mais à 4 grammes seulement; pendant vingt-cinq nuits, il y a de nouveau un repos presque toujours régulier et ininterrompu de sept à huit heures, et pendant ce temps la guérison s'achève; elle s'est maintenue.

OBSERVATION XLI. — Henri Meugn..., vingt-huit ans; lypémanie aiguë simple, sans hallucinations, avec dépression mentale. Insomnie à peu près complète. 3 grammes de somnal durant quatre jours donnent régulièrement cinq heures de repos avec une interruption. En même temps l'état mental s'améliore; le malade raconte lui-même que le remède lui donne des érections et des rêves de femmes très agréables: il est beaucoup moins déprimé. Il demande que la dose soit élevée, car il se trouve soulagé. Avec 4 grammes, pendant trois jours, il y a huit heures consécutives de repos et l'acoutumance s'établit. Le sujet s'améliore de plus en plus; il demande encore une élévation de la dose pour dormir, dit-il, en rêvant aux femmes. Avec 5 grammes pendant vingt-deux jours, il y a régulièrement de six à neuf heures consécutives de repos. L'état mental est complètement transformé. Meugn... ayant attrapé une angine, attribue son mal au somnal et refuse de le continuer. D'ailleurs, ajoute-t-il, il se sent très bien. Malgré cet abandon, il continue à dormir convenablement et la guérison s'achève rapidement.

OBSERVATION XLII. — Prosper God..., trente-sept ans ; lypémanie aiguë avec préoccupations hypocondriaques, découragement, dégoût de la vie, idées et tentatives de suicide. Insomnie complète. 3 grammes de somnal sont sans action durant deux nuits et, durant neuf autres, procurent régulièrement de six à sept heures consécutives de sommeil, puis l'accoutumance s'établit ; 4 grammes n'agissent que pendant trois nuits et 5 grammes pendant six nuits ; 6 grammes procurent régulièrement pendant une semaine de sept à neuf heures consécutives de repos, et de nouveau l'accoutumance se montre. Mais le malade refuse de continuer, car il se plaint vivement du violent érotisme qu'occasionne le remède auquel il attribue aussi certains troubles gastriques dont il souffre, toutcois il reconnaît que son moral est beaucoup moins affecté. De fait, au cours de la médication, un grand changement s'est produit dans l'état psychique, changement avantageux qui continue à s'accroître malgré la suppression du médicament pour aboutir à la guérison.

Ces dix cas sont extrêmement favorables, si favorables même qu'on est en droit de se demander si nous ne sommes pas tombés sur une série exceptionnellement heureuse. La rapidité surtout des modifications apportées par le somnal dans l'état lypémanique est pour étonner ; cependant nous sommes certains que l'alcoolisme n'est pas ici en cause et que nos sujets étaient tous bien atteints de vésanies pures. L'action physiologique d'ailleurs, telle que nous l'avons retracé plus haut, permet jusqu'à un certain point de comprendre cette influence médicatrice. Le somnal, en effet, serait un excitant gai du cerveau, il susciterait dans l'esprit des images joyeuses qui remplaceraient les idées noires. Quoi qu'il en soit, il est à désirer que de nouvelles recherches soient entreprises avec cette substance chez les lypémaniques, afin de s'assurer positivement, par un contrôle multiple et varié, de la réalité de son efficacité. Ici comme dans les autres cas où le somnal avait assuré le sommeil, celui-ci arrivait dans la première heure con-

sécutive à son administration. L'action de cette substance dans les quatre cas suivants de lypémanie chronique, où malgré l'ancienneté et l'intensité du mal une notable amélioration a été néanmoins obtenue, vient à l'appui des espérances que nous fondons sur elle.

OBSERVATION XLIII. — Paul Bee..., quarante ans ; lypémanie chronique, datant d'une dizaine d'années, caractérisée par des craintes chimériques avec dégoût de la vie et idées de suicide, survenant par crises paroxystiques. Lors d'une de celles-ci, le sommeil étant de deux heures environ, 3 grammes de somnal restent sans agir durant deux nuits et, durant quatre autres, procurent en moyenne de six à sept heures le plus souvent consécutives de repos, puis vient l'accoutumance. Au point de vue mental, le malade est moins triste et se dit soulagé. Avec 4 grammes il y a la première nuit six heures d'un sommeil interrompu et deux heures seulement la seconde ; mais 5 grammes, durant vingt-six jours, apportent régulièrement de six à sept heures d'un repos presque toujours continu. Bee... se soumet avec plaisir à la médication, car elle lui chasse les mauvaises pensées et le rend gai ; pas d'action érotique toutefois. Deux jours après la suppression, l'insomnie reparaît et Bec... redevient triste. De nouveau 5 grammes de somnal, pendant vingt jours, donnent les mêmes résultats avantageux et le malade entre dans une phase de rémission. D'ordinaire les paroxysmes sont plus longs et surtout beaucoup plus pénibles.

OBSERVATION XLIV. — Eugène Dav..., trente-sept ans, est atteint de lypémanie dégénérative à marche paroxystique, datant de plusieurs années ; les paroxysmes éclatant à l'improviste ont entre eux des intervalles plus ou moins longs et se caractérisent par des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale avec alternatives d'excitation et de dépression. Sommeil de deux heures à peine. 4 grammes de somnal restent sans effets les trois premières nuits, puis procurent de sept à huit heures de repos en même temps que l'état mental s'améliore rapidement. Au bout d'un mois, le malade était remis et restait bien deux mois. La crise qui a suivi n'a pas été traitée par le somnal ; elle a été bien plus intense et d'une durée pour le moins double.

OBSERVATION XLV. — François Pl..., cinquante-six ans ;

lypémanie chronique, datant de deux ans, avec hallucinations de tous les sens. Sommeil de deux à trois heures au plus. 4 grammes de somnal procurent, pendant un mois, six heures de repos par nuit avec une ou deux interruptions. En même temps, l'état mental est meilleur, et le sujet a des moments de gaieté qu'on ne lui avait jamais connus. Il raconte que le remède lui donne des idées folâtres et des rêves de femmes nues. Cette amélioration s'est maintenue un certain temps après la suppression du somnal.

OBSERVATION XLVI. — Jules Go..., vingt-sept ans; atteint depuis quinze mois de lypémanie, avec hallucinations de tous les sens, et conceptions délirantes d'empoisonnement. 4 grammes de somnal n'agissent pas; 5 grammes, pendant trois semaines, procurent un repos de six à sept heures avec une ou deux interruptions, alors qu'avant le sommeil était de deux à trois heures au plus. En même temps, l'état mental est meilleur; le malade mange maintenant convenablement et il réclame lui-même la potion qui, dit-il, l'endort et le soulage. On suspend le remède pour contrôle pendant cinq jours; mais dès la première nuit l'insomnie reparait. Repris à 5 grammes, le somnal a de nouveau procuré un repos de six heures souvent consécutives ou interrompues une fois. Au bout de onze jours, malgré la persistance de l'action hypnotique, le malade se remet à refuser toute alimentation et il fallut administrer la substance par la sonde. Alors 6 et 7 grammes furent sans action.

Il convient maintenant de signaler une contre-indication formelle à l'emploi du somnal: le mauvais état de l'estomac, car alors le remède n'est pas supporté et entraîne des troubles gastriques et digestifs. En effet, si cette substance est sans action sur la digestion quand les organes sont sains, il n'en est plus ainsi avec la gastro-entérite ou la gastrite. Deux de nos lypémaniques se sont trouvés dans ce cas.

OBSERVATION XLVII. — Aristide Brass..., trente-deux ans; lypémanie suicide avec tuberculose gastro-intestinale. Insomnie presque complète. 3 grammes de somnal n'ont pas été supportés; l'action hypnotique a été nulle et l'action éro-

tique, au contraire, très accusée; le malade a souffert toute la nuit, de l'estomac et du ventre; sur le matin il a eu quelques vomissements, mais surtout une diarrhée très abondante. Il refuse de continuer en conséquence la médication; car, ajoutait-il, il a, en outre, la tête lourde et ressent une faiblesse générale.

OBSERVATION XLVIII. — Charles Der..., vingt-six ans; lypémanie aiguë avec idées de culpabilité imaginaire. Insomnie à peu près complète, 2 grammes de somnal, pendant cinq jours, procurent de sept à neuf heures consécutives de repos. Le malade, qui a mauvais estomac, constate une diminution de l'appétit et ses digestions plus pénibles; mais, conscient de son mal, il éprouve un tel soulagement psychique qu'il demande quand même une augmentation de la dose. 4 grammes, pendant cinq autres jours, donnent les mêmes heureux résultats, puis l'accoutumance s'établit. Comme les troubles gastriques, bien que persistants, ne se sont pas aggravés et que l'amélioration de l'état mental est de plus en plus marqué, on prescrit 5 grammes; mais, dès la seconde nuit, le malade est atteint de vomissements répétés et de diarrhée avec refroidissement et erampes; on dirait une attaque de choléra. Toutefois un traitement approprié a vite raison de cette intoxication. Cependant le remède n'a pas été repris. Néanmoins l'amélioration psychique obtenue a continué de s'accroître pour aboutir à la guérison.

Nous n'avons pu expérimenter le somnal ni contre l'insomnie des alcooliques ni contre celle des épileptiques. Les premiers, par suite de leur séjour plus ou moins prolongé au Dépôt de la Préfecture de police et à l'Administration de Sainte-Anne ne nous arrivent que guéris ou en pleine convalescence. Les seconds n'ont pas eu, durant tout le cours de nos recherches, de crises aiguës assez intenses ni assez prolongées pour permettre l'essai concluant du remède. Par contre, nous avons eu l'occasion de l'essayer chez dix déments séniles, dont l'un atteint de gastrite.

OBSERVATION XLIX. — Arthur Aud..., soixante ans; démence sénile avec préoccupations hypochondriaques, néanmoins le malade a réellement une gastrite chronique, due à

d'anciens excès alcooliques. Deux à trois heures de sommeil au plus. 2 grammes de somnal pendant trois nuits sont supportés, mais restent sans action. 3 grammes donnent neuf heures consécutives de repos, avec violente excitation érotique et rêves voluptueux. Au réveil, le malade est pris de vomissements et d'une abondante diarrhée. En conséquence, la médication est supprimée; d'ailleurs le malade se refuse absolument à la continuer.

Ce cas prouve, lui aussi, qu'un mauvais état de l'estomac est une contre-indication formelle à l'administration du somnal. Nos cinq autres vieillards jouissaient d'une bonne santé et ont bien supporté le somnal; mais tous ont été très surexcités par le somnal et un seul en a obtenu des effets narcotiques.

OBSERVATION L. — François Ma..., soixante-deux ans; démence sénile avec idées de persécution et agitation nocturne. Sommeil de une à deux heures par nuit. 4 grammes de somnal ont donné, pendant trois nuits, six heures d'un repos interrompu, puis l'accoutumance s'est établie; 5 grammes n'ont pas eu d'effet; 6 grammes, pendant quatorze jours, n'ont procuré en moyenne par nuit que quatre heures de sommeil avec interruptions. Le malade, qui était calme durant la journée, est devenu très surexcité.

OBSERVATION LI. — Ernest Magn..., soixante-six ans; démence sénile avec agitation diurne et nocturne. Sommeil de deux heures au plus. 5 grammes de somnal, durant six nuits, procurent régulièrement de six à sept heures de repos avec une interruption. On suspend le remède pour contrôle et dès la seconde nuit, le malade repose à peine deux heures. Le somnal est repris à 5 grammes et, de nouveau, pendant dix jours on obtient les mêmes heureux résultats; mais l'agitation diurne a pris des proportions alarmantes et il paraît prudent de s'arrêter.

OBSERVATION LII. — Jean Laf..., soixante-trois ans; démence sénile avec violente agitation diurne et nocturne. Insomnie agitée, le plus souvent complète. 5 grammes de somnal n'ont pas procuré plus de deux heures d'un repos interrompu; 6, 7 et 8 grammes n'en ont donné en moyenne que trois heures.

L'agitation diurne par contre s'est accrue proportionnellement aux doses.

OBSERVATION LIII. — Jean Jac..., soixante ans; démence sénile avec agitation nocturne. Sommeil de deux heures. 5, 6, 7 et 8 grammes de somnal n'ont jamais donné plus de quatre heures de repos et ont aggravé notablement la surexcitation du malade.

OBSERVATION LIV. — Victor Sou..., soixante-huit ans; démence sénile avec vive agitation diurne et nocturne. Sommeil d'une heure ou deux. 4, 5 et 6 grammes de somnal restent sans effet, et l'agitation a pris des proportions telles qu'il faut abandonner la médication.

L'emploi du somnal se dégage nettement de ces cinquante-quatre observations. Si les recherches ultérieures les confirmaient, cette substance, nuisible dans les autres formes mentales, serait, au contraire, quand l'estomac n'est pas malade, d'une grande efficacité dans la lypémanie, tout à la fois pour combattre l'insomnie et modifier avantageusement l'état mental. Nous avons si peu de remèdes agissant sur celui-ci qu'il m'a semblé utile d'en signaler un qui paraît propre à combattre la dépression et les idées tristes. Aussi serais-je heureux que mes collègues des asiles voulussent bien contrôler les résultats satisfaisants que j'ai obtenus à Ville-Evrard.

Médecine légale

QUELQUES RÉFLEXIONS

SUR

L'INTERNEMENT

DES ALIÉNÉS DANGEREUX

Par le Dr Ernest CHAMBARD

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin-directeur des asiles publics d'aliénés.

Suite et fin (1).

V

Je suppose, cependant, le placement de l'aliéné dangereux résolu : quel sera le mode d'exécution de cette mesure de sécurité publique ? Deux cas se présentent : ou l'aliéné a commis quelque action qui a motivé sa comparution en justice et vient de bénéficier d'une ordonnance de non-lien, ou sa séquestration n'est qu'une mesure préventive prise à son égard, par l'autorité administrative.

Dans le premier cas, l'autorité judiciaire remet, purement et simplement, le malade entre les mains de l'autorité administrative qui l'envoie dans un asile. Ainsi ce voleur, cet assassin qui, tout à l'heure encore, mettait

(1) Voir les *Annales* de mars-avril et mai-juin 1893.

en mouvement l'appareil imposant et compliqué de la Justice, ne dépend plus que du préfet, c'est-à-dire, en fait, d'un obscur fonctionnaire, le médecin de l'asile, qui pourra, dès qu'il le voudra, rendre d'un trait de plume une liberté sans bornes et sans contrôle à un homme destiné, s'il n'était un aliéné irresponsable, à languir toute sa vie derrière de solides verrous ou à subir le traitement radical que le plus habile chirurgien de France applique parfois, en public, aux malades de son espèce.

Il y a là, quelque reconnues et réelles que soient la compétence et l'honorabilité des médecins d'asile, une certaine anomalie, sinon de fait, au moins de droit, qui a, de tout temps, frappé les magistrats et qui leur inspire quelque répugnance à rendre des ordonnances de non-lieu. — « Nous voulons bien admettre le bien-fondé de vos conclusions, me disait, il y a quelques années, un des magistrats du tribunal de Toulon à qui je remettais un rapport concluant à l'irresponsabilité d'un dégénéré coupable de vols à l'étalage (1); mais nous aimerions mieux débarrasser la Société de ce drôle, ne fût-ce que pour quelques années, en le confiant à une prison, que de l'envoyer dans un de vos asiles dont une erreur ou un caprice peuvent lui ouvrir bientôt les portes. »

Aussi le projet de loi sénatorial adopté, sur ce point, presque sans modification par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, dispose-t-il que les prévenus ou inculpés renvoyés de l'instruction ou acquittés pour cause d'irresponsabilité, seraient internés dans un asile et n'en sortiraient qu'en vertu d'arrêtés judiciaires; encore, par une restriction des plus utiles que j'ai proposée moi-même, il y a plusieurs années, leur sortie

(1) E. Chambard, De la zone mitoyenne médico-judiciaire. Conférence faite à l'asile des aliénés de Cadillac. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1891.

provisoire, conditionnelle, serait-elle soumise à des mesures de surveillance et toujours révocable (1).

Ces dispositions sont d'une telle importance que je demande la permission de reproduire ici les articles du projet de loi qui s'y rapportent.

« *Article 37.* — Est mis à la disposition de l'autorité administrative pour être placé dans un établissement d'aliénés dans le cas où son état mental compromettrait la sécurité, la décence et la tranquillité publiques, ou sa propre sûreté et après de nouvelles vérifications si elles sont jugées nécessaires :

« 1° Tout inculpé qui, par suite de son état mental, a été considéré comme irresponsable et a été l'objet d'une ordonnance de non-lien ;

« 2° Tout prévenu poursuivi en cour d'assises ou en conseil de guerre qui a été l'objet d'un verdict de non-culpabilité, si la défense a soutenu qu'il était irresponsable en raison de son état mental ou si le Ministère public a abandonné l'accusation pour la même cause. Il est statué : dans le cas d'ordonnance de non-lien ou d'acquiescement en police correctionnelle, par le tribunal en Chambre du conseil ; dans le cas d'arrêt de non-lieu, par la Chambre des mises en accusation ; dans le cas de verdict de non-culpabilité, la Cour d'assises renvoie l'individu acquitté devant le tribunal en Chambre du conseil. Les placements faits en vertu du présent article ne sont pas soumis aux prescriptions de l'article 18, sauf ceux du dernier paragraphe de cet article (2).

(1) E. Chambard, *Étude casuistique sur la mise en liberté des aliénés. Annales médico-psychologiques*, 1888.

(2) L'article 18 règle les formalités à remplir immédiatement après le placement : dépôt provisoire du malade dans un quartier d'observation, envoi du rapport de placement, du certificat de vingt-quatre heures, du rapport du médecin inspecteur, du certificat de quinzaine et de pièces administratives diverses.

« *Article 39.* — Lorsque la sortie de l'un des aliénés interné en vertu des articles 36 (1) et 37 est demandée, le médecin traitant doit déclarer si l'interné est ou non guéri et, en cas de guérison, s'il est ou non légitimement suspect de rechute.

« La demande et la déclaration susdites, accompagnées de l'avis motivé du médecin inspecteur, sont déférées de droit au tribunal qui statue, en Chambre du conseil, conformément à l'article 48 ci-après.

« Si la sortie n'est pas accordée, la Chambre du conseil peut décider qu'il ne sera procédé à un nouvel examen qu'à l'expiration d'un sursis qui ne peut se prolonger au delà d'une année.

« La sortie accordée est révocable et peut n'être que conditionnelle. Elle est alors soumise à des mesures de surveillance réglées par la Chambre du conseil d'après les circonstances de chaque cas particulier. Si ces conditions ne sont pas remplies ou s'il se produit des menaces de rechute, la réintégration immédiate à l'asile doit être effectuée conformément aux dispositions prescrites par les articles 15 et 28 de la présente loi ».

Il est permis de dire, sans optimisme exagéré, qu'on ne saurait demander des dispositions légales plus sages et plus justes que celles édictées dans les articles que l'on vient de lire.

Mais à cela doit-on borner l'intervention de la justice dans le placement des aliénés dangereux et même des aliénés en général? Ne conviendrait-il pas que l'autorité judiciaire intervînt dans le placement et dans le maintien, non seulement des prévenus et des inculpés ayant, comme irresponsables, bénéficié d'une ordonnance de

(1) L'article 36 a trait au placement des condamnés à plus d'un an de prison devenus ou reconnus aliénés pendant l'accomplissement de leur peine.

non-lieu ou d'un acquittement, mais de tous les aliénés quels qu'ils soient ? Cette grave question a été et est encore des plus controversées, et l'importante réforme qui s'y rattache, admise par le Projet sénatorial dont elle est un des points fondamentaux, a été repoussée par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Rappelons d'abord en quelques mots l'économie du projet sénatorial. Que le placement soit volontaire ou qu'il soit ordonné d'office, il n'est que provisoire et le malade est placé dans un quartier d'observation distinct de l'asile ou, tout au moins, dans une salle d'observation spéciale (1). A l'expiration de la quinzaine, le directeur transmet au procureur de la République le rapport du médecin qui a provoqué l'internement, en cas de placement volontaire, les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine du médecin de l'établissement et l'avis motivé du médecin inspecteur, et ce magistrat, joignant à ces pièces ses propres réquisitions, saisit le tribunal de l'arrondissement où l'asile est situé. Ce dernier, jugeant en Chambre du conseil, prononce le placement définitif ou le renvoi du « prévenu d'aliénation mentale », à moins que, se trouvant insuffisamment éclairé, il ne déclare, par un jugement motivé, surseoir à sa décision jusqu'à l'expiration d'un délai qu'il fixe et, en tout cas, avise sur-le-champ, de son arrêt, le préfet et le chef de l'établissement.

De nombreuses objections ont été faites à l'intervention des magistrats dans le placement et, en cas de réclamation, dans le maintien des aliénés ; elles ont été exposées devant les assemblées qui se sont occupées de la revision de la loi de 1838 et fort bien résumées par mon distingué collègue, M. Giraud, dans un article des

(1) E. Chambard, *Etude casuistique sur la mise en liberté des aliénés. Annales médico-psychologiques*, 1888.

Annales médico-psychologiques (1). Il faut, d'ailleurs, reconnaître que la plupart de nos collègues, justement émus de l'esprit de défiance à l'égard des médecins-aliénistes, qui semble avoir inspiré le projet d'intervention de la justice dans l'exercice de leurs fonctions et de l'attitude prise à leur égard par le promoteur de ce projet, M. J. Reinach, se sont montrés peu partisans de cette innovation.

On a prétendu que l'intervention de l'autorité judiciaire compromettrait le « secret des familles », assimilerait les aliénés à des criminels, entraînerait d'innombrables erreurs dues à l'incompétence des juges, et imposerait aux tribunaux un tel surcroît de travail que, dans certains centres du moins, la valeur des arrêts en serait singulièrement compromise. Cette intervention, a dit M. Rebatel, à l'avant-dernier Congrès des médecins aliénistes *a*), ne présenterait aucun avantage, les jugements reposant sur des certificats médicaux que les préfets ont, tout aussi bien que les juges, à leur disposition; elle serait même nuisible : le tribunal est anonyme et irresponsable; ses jugements sont sans appel; un jugement « mettrait l'aliéné hors la loi », le frapperait d'une « tare indélébile » et les familles, soucieuses de cacher leur infortune, y pourvoiraient en plaçant leurs aliénés à l'étranger. L'aliéné, s'est écrié M. Sabran (3) dans la même enceinte, n'est point un malfaiteur à juger, mais un malade à traiter et à interner en vertu de mesures administratives analogues à celles des quarantaines que l'on impose, sans jugement

(1) Giraud, Le projet de loi Reinach, *Annales médico-psychologiques*, 1891; Le projet de revision de la loi sur les aliénés, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, *Ibidem*, n° 1, 1892.

(2) Rebatel, Congrès de médecine mentale, session de Lyon. *Compte rendu*, par A. Carrier, Paris-Lyon, 1892, et Coutagne, *Archives d'anthropologie criminelle*, n° 35, 1891.

(3) Sabran, *Eodem loco*.

pourtant, aux personnes suspectes de maladies contagieuses. Pour M. Garnier (1), enfin, le nombre des placements rendrait, à Paris du moins, l'intervention de la Justice impossible. Ce médecin rédige annuellement, à la Préfecture de police, plus de quatre mille certificats de placement : ce seraient autant de jugements qui, faute de temps et de personnel, ne pourraient être rendus avec toute la promptitude et toute la conscience désirables.

Ces objections ne sont pas toutes d'égale valeur et les plus fortes ne me paraissent pas sans réplique.

Et d'abord, la magistrature n'a certainement pas, aujourd'hui, la prétention de juger à fond les cas d'internement et, l'eût-elle, de nombreuses erreurs, dont les conséquences se feraient bientôt sentir, la guériraient bien vite de son outrecuidance. Son rôle, j'imagine, se bornerait à assurer et à garantir l'exécution de formalités légales et ses jugements, bien plus de forme que de fond, seraient, non des diagnostics que les spécialistes seuls sont en état de porter, mais des certificats de légalité, de simples homologations d'une aussi grave mesure.

Comment soutenir alors que les arrêts du tribunal seraient définitifs et sans appel ! Le tribunal n'ayant pas la responsabilité morale de l'expertise qu'il ne ferait que sanctionner, pourrait les reviser sans rien perdre de sa dignité, sans se déjuger le moins du monde, et le malade ou les siens seraient toujours autorisés à formuler une demande de relaxation que suivrait une nouvelle expertise sanctionnée par un nouvel arrêt de mise en liberté ou de maintenue.

L'aliéné, dit M. Sabran, n'est pas un malfaiteur à

(1) Garnier, Revision de la loi du 30 juin 1888, sur le régime des aliénés. *Société médico-psychologique*, séance du 21 juillet 1891 et *Médecine moderne*, 3 septembre 1891.

juger, mais un malade à traiter. Personne n'en doute ; mais il m'est impossible de voir en quoi un jugement envoyant un aliéné dans un asile ou lui évitant ce malheur, établirait la moindre assimilation entre lui et un malfaiteur. L'aliéné et le malfaiteur sont deux êtres dangereux qu'il importe de mettre hors d'état de nuire ; mais le fait qu'on est obligé, pour cela, de traiter l'un et l'autre par les mêmes procédés de séquestration et de contention, ne diminue en rien la distance qui les sépare dans l'opinion publique encore dominée par les idées de liberté et de responsabilité morales : pourquoi en serait-il autrement des formalités judiciaires ? Pour le public, l'aliéné est un malade, le délinquant est un criminel ; le premier est irresponsable, le second est coupable ; la camisole de force qui maintient celui-ci est un moyen de traitement, les fers qui immobilisent celui-là sont des moyens de punition ; la cellule de l'un est un asile, la cellule de l'autre est une prison : on ne voit pas ce qu'un arrêt judiciaire changerait à cette conception philosophiquement fausse, mais socialement vraie et utile, que des dizaines de siècles d'éducation morale et religieuse ont si profondément ancrée dans les cerveaux, que tant de codes ont si bien sanctionnée et que l'habitude a si bien affermie, que les esprits les plus émancipés, eux-mêmes, ne s'en détachent qu'avec peine.

Est-ce que, d'ailleurs, tout jugement implique une peine et une flétrissure ? Le penser, c'est ramener tout l'appareil des lois au Code pénal, toute la jurisprudence à la jurisprudence répressive. Les jugements rendus en matière civile, dans les questions d'héritage, de partage, dans mille contestations de droit commercial, dans lesquelles les deux parties peuvent être également de bonne foi, les jugements d'interdiction même, mettent-ils « hors la loi » et frappent-ils « d'une tare indélébile » ceux-là même qu'ils condamnent ? Personne ne s'étonne

que les tribunaux interviennent dans les questions de séparation de biens ou de corps, d'interdiction. Est-il donc moins grave de priver un homme de sa liberté que de le séparer de sa femme ou de lui ôter l'administration de ses biens?

Je ne vois pas davantage en quoi le secret médical que je respecte autant que personne et crois, pour le dire en passant, trop souvent violé quand il s'agit des aliénés, en quoi le « secret des familles » serait plus compromis par un jugement déposé au greffe du tribunal que par les certificats conservés dans les archives d'une préfecture ou les bureaux d'un asile. Je crois même qu'il le serait moins. Il paraît que l'on peut aujourd'hui, pour 50 centimes, obtenir copie d'un jugement et que le secret des familles est à la merci de quiconque veut faire cette modique dépense; j'en suis surpris, mais rien ne serait plus facile que de faire cesser cet état de choses, sinon pour tous les jugements, du moins et au nom du principe du secret médical, pour ceux qui ordonnent le placement des aliénés.

Quant à l'argument de M. Garnier, tiré du grand nombre des jugements à intervenir, il perd de sa valeur si ceux-ci se réduisent à une simple homologation de pièces administratives et médicales.

Ce n'est peut-être pas, en fait, que l'intervention de la magistrature dans la séquestration et le maintien des aliénés soit bien nécessaire et destinée à apporter un grand changement au fond de la procédure actuelle, non plus qu'à donner, au moins pour ce qui est des asiles publics, de bien sérieuses garanties contre les séquestrations arbitraires. Les craintes émises, à ce sujet, par M. Reinach (1) sont, en effet, bien exagérées. Dans les

(1) J. Reinach, *Projet de loi sur les aliénés* présenté à la

asiles publics, la liberté individuelle n'a rien à redouter du péril de « diagnostics souvent erronés », car il ne nous arrive guère de nous tromper assez grossièrement pour croire fous des gens sains d'esprit et, même, en dépit des divergences de vues qui peuvent nous séparer sur les points de détail, nous sommes rarement en désaccord sur le gros d'un diagnostic. Que nous admettions ou non le délire chronique ou la paralysie générale syphilitique, cela importe bien peu au point de vue pratique, et une assemblée parlementaire dont les membres ne seraient pas plus divisés sur les principes essentiels de gouvernement, que nous le sommes à la Société médico-psychologique sur les bases et les applications de la médecine mentale, aurait des groupes, mais point de partis. Quoi qu'en dise l'honorable député, un médecin qui vit avec les aliénés, ne fût-il pas des plus laborieux, doit connaître leur état mental et leurs tendances mieux qu'un magistrat ou un politicien. Il est, en outre, un peu vif de jeter à la face de gens à qui le public doit une bonne part de la sécurité relative dont il jouit, sans leur accorder en échange la considération qu'ils méritent, la gratuite injure « de mettre la liberté individuelle en péril par des diagnostics souvent erronés et parfois complaisants », lorsqu'on ne peut citer, à l'appui d'allégations aussi graves, que les éternelles affaires Sandon (1), Sellière et Mouasterio qui, eussent-

Chambre des députés, au mois de décembre 1890, *Journal officiel*. Documents parlementaires.

(1) On a cité partout, en faveur de la légitimité de l'internement de Sandon, les lésions cérébrales constatées à son autopsie par Liouville, alors chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, où le fameux avocat avait été transporté à la suite de l'ictus apoplectique qui l'avait terrassé devant le Palais-de-Justice. Le fait est exact et j'ai vu, moi-même, les pièces au laboratoire de la Clinique ; mais l'argument, bon peut-être pour le public, est dénué de valeur scientifique, car on ne saurait établir aucune relation pathogénique réelle entre ces lésions et la folie raisonnée dont aurait été atteinte la « victime » de Billault.

elles été des erreurs psychiatriques, seraient par leur nombre ridiculement petit, opposé aux milliers de séquestrations non contestées effectuées depuis 1838. La meilleure preuve de la compétence et de la bonne foi d'un corps d'état qui, s'il a des défauts dus en grande partie à la situation faite à ses membres, compte parmi les plus honorables.

Pour moi, depuis que je fréquente les aliénés, aussi bien pendant mon internat à la Salpêtrière et les trois années que j'ai passées à la Clinique des maladies mentales de Paris que dans les asiles de la Seine et de province où j'exerce depuis 1884, je n'ai pas vu un seul malade (1) qui ne fût à sa place dans un asile et n'y ait été justement retenu. S'il existe des séquestrations arbitraires, ce qui me paraît bien douteux; si, plutôt, des aliénés inoffensifs sont placés et retenus dans les asiles malgré leurs protestations ou celles de leurs parents et amis, ce n'est pas dans les asiles publics qu'il faut chercher de pareils abus, mais plutôt dans les asiles privés et surtout dans les communautés religieuses qui ont eu, de tout temps et en tous points, la prétention d'éluder la loi commune et échappent malheureusement, aujourd'hui

(1) J'ai peut-être vu une tentative de séquestration arbitraire. Un vieillard fut placé à l'asile de Cadillac, par sa fille qui l'accusait des pires violences et des actes les plus abominables. Bien que son intelligence fût, à coup sûr, affaiblie, il était assez calme, n'accusait aucune conception délirante et demandait en pleurant la liberté. Sa fille, d'autre part, quoique ses dires fussent appuyés des déclarations de plusieurs personnes, me paraissait peu recommandable et je la soupçonnai de vouloir se débarrasser du témoin gênant d'une vie peu régulière. J'avais demandé à l'Administration d'ouvrir une enquête très sévère sur les faits reprochés au malade et j'aurais probablement, avant peu, proposé sa libération, lorsqu'il nous mit d'accord en mourant d'une pneumonie. Je ne doute pas, d'ailleurs, que les familles ne tentent parfois de se débarrasser de quelqu'un de leurs membres dont la présence leur est onéreuse ou gênante, c'est dans l'ordre; mais, ce dont je doute fort, c'est qu'il soit dans les asiles publics des aliénistes disposés à se prêter sciemment à de pareilles combinaisons.

encore, à toute surveillance sérieuse. Encore suis-je bien éloigné de porter contre ces établissements une accusation qu'aucun fait ne me permettrait de soutenir (1).

Si l'intervention de la justice n'est pas justifiée par la nécessité de réprimer des abus qui sont tout imaginaires dans les asiles publics et peuvent être réprimés dans les autres, si tant est qu'ils s'y produisent, par d'autres moyens, est-ce à dire qu'elle ne soit pas légitime et ne se recommande par aucun avantage ? Je ne le pense pas.

Et d'abord, je pense, contrairement à beaucoup de mes collègues, que notre autorité, notre dignité, notre sécurité même, ont tout à gagner à cette innovation.

Nous y gagnerons, d'abord, une atténuation de la responsabilité qui nous incombe. Bien qu'en droit, ce soit le préfet qui lie et délie, le public ne s'y trompe guère et fait retomber sur le médecin tout le poids de ses soupçons et de son hostilité. Il ne semble pas se douter, ce public ingrat et frivole, du peu d'intérêt que nous avons à conserver nos malades (2) et du plaisir avec lequel, n'était le devoir, nous ouvririons toutes grandes, à certains d'entre eux, les portes de l'asile. En maintenant un malade dangereux dont la sortie est réclamée par l'opinion publique, le médecin risque bien plus qu'en lui donnant la clef des champs : son renvoi fût-il suivi, à bref délai, d'un accident, le médecin serait tout au plus taxé d'un peu de légèreté ou de faiblesse ; en le gardant envers et contre tous, il s'assure sa haine, celle des siens et soulève un *tolle* dont ses chefs hiérarchiques, eux-mêmes, peuvent être ennuyés. Que sera-ce, si la presse s'en

(1) Bourneville. *Conseil supérieur de l'Assistance publique*. Session de juin 1871, troisième séance, pages 71 et 72.

(2) Beaucoup de gens se figurent que notre traitement est proportionnel au nombre d'aliénés qui nous sont confiés, ou, plus exactement, que nous avons un bénéfice, licite ou non, sur chaque malade.

mêle, non la presse honnête et sérieuse, inconnue du vulgaire, mais cette petite presse mondaine ou populaire, refuge de tous les déclassés et instrument de politiciens de bas étage, incompétente, partiiale, avide de scandales et friande de personnalités ? Si quelques médecins d'asile ayant un nom dans la science et surtout des amis, des influences, sont au dessus de ces misères, quel sera le sort du modeste aliéniste jeté sans appui dans un milieu hostile et étranger ? Personne ne prendra sa défense, ne lui tiendra compte de son honnêteté, de ses efforts et, s'il succombe, tous applaudiront. N'ai-je pas entendu, dans un département que je ne puis nommer, car je m'efforce de rester ici dans les généralités, un conseiller, homme mûr, dont l'âge et les fonctions auraient dû faire un sage, partisan, d'ailleurs, de la suppression des asiles d'aliénés auxquels il avait, peut-être, je ne sais quelque crainte obscure d'appartenir un jour, soutenir, à propos du meurtre bien connu d'un aliéniste (1) par un malade, que cette malheureuse victime d'une séquestration arbitraire, avait bien fait d'employer le seul moyen qui lui restât d'obtenir justice et se promettre, le cas échéant, de suivre un si bel exemple ?

Aussi le médecin aliéniste doit-il être, plus que tout autre, le *vir justus et tenax*, et le courage civil non moins que la résignation sont-ils, pour lui, des vertus cardinales. Sourd aux promesses ainsi qu'aux menaces, insensible et aveugle aux séductions (2), il ne doit voir, si

(1) Meurtre du D^r Marchant, directeur-médecin de l'asile de Toulouse, par un officier interné dans son établissement.

(2) Un de mes amis, médecin des asiles de la Seine, m'a raconté que, pour obtenir la sortie de sa sœur, si je ne me trompe, la propriétaire de l'un des principaux établissements de prostitution de Paris, lui avait offert ses grandes entrées dans la maison et envoyé une de ses plus jolies pensionnaires qui, une fois dans son cabinet, avait laissé tomber le riche manteau de fourrure qui la couvrait et lui était apparue dans le costume professionnel le plus tentateur.

peu intéressant que soit le public, que l'intérêt public, et, lorsqu'il s'agit de décider de la sortie ou du maintien d'un aliéné, la considération des conséquences de ces mesures doit seule lui dicter son avis. Nous n'en avons pas moins le droit de souhaiter le partage de notre responsabilité avec des hommes qui en imposent encore un peu aux malveillants et aux sots.

Il est encore en faveur de l'intervention de la Justice un argument que je ne développerai qu'avec prudence et en prévenant qu'il ne renferme aucune allusion, quelque indirecte qu'elle soit, à l'administration supérieure sous laquelle j'ai l'honneur de servir, laquelle est, au contraire, des plus bienveillantes, des plus larges et toute disposée à tenir compte des avis qu'elle sait sincères et consciencieux. Mais il existe, dans l'état actuel des choses, une antinomie constitutionnelle qui ne semble pas avoir frappé les auteurs du nouveau projet de loi. Comme médecins d'asile, comme médecins-directeurs surtout, nous sommes à la fois fonctionnaires et hommes de science, agents et conseils. Agents, nous n'avons qu'à obéir et nous obéissons tous, Dieu merci, militairement. Conseils, il importe que nos avis, sous peine de vice redhibitoire, soit absolument libres. Or, ne peut-il arriver, qu'en tant que Conseils, nous soyons placés entre les exigences de notre conscience et celles que nous pouvons prêter à nos supérieurs hiérarchiques? Pour calmer l'opinion publique, couper court à des attaques de journaux, satisfaire peut-être certaines influences, nos supérieurs peuvent souhaiter, *in petto*, la sortie d'un malade dont nous croyons le maintien nécessaire, sans cependant se résoudre à user de leur pouvoir pour l'ordonner contre nos avis; dans d'autres cas, alors qu'en l'absence de tout renseignement sur les antécédents d'un aliéné, notre conscience, insuffisamment éclairée, nous oblige à réclamer un supplément d'observation et d'enquête et

nous défend d'émettre un avis définitif, nos supérieurs, de qui nous dépendons, peuvent exiger une solution rapide qui les couvre. C'est là un cas particulier purement théorique, je le crois, de l'éternel antagonisme qui existe entre l'esprit scientifique et l'esprit administratif; mais il est certain que, comme expert, le médecin d'asile ne se sent peut-être pas toute l'indépendance que comportent cette fonction et ce titre.

Or, l'intervention de la Justice rendrait, dans les cas auxquels je viens de faire allusion, notre situation moins délicate. N'étant pas étroitement subordonnés à l'autorité judiciaire, il nous serait plus facile de maintenir devant elle notre privilège d'experts. Et, d'ailleurs, habituée aux lenteurs et aux exigences des instructions, la Justice ne saurait s'étonner que nous prétendions « instruire », à notre point de vue spécial, les affaires qui nous seraient confiées. Elle comprendrait, dans les cas épineux, nos lenteurs, nous saurait même gré de nos consciencieuses hésitations et nous fournirait, sans doute, les documents nécessaires non plus à la rédaction machinale d'une pièce administrative, mais à la manifestation d'une opinion mûrie et raisonnée. De simples employés que nous sommes quelquefois, nous deviendrions ce que nous devons être, des experts. Plus encore que nous, la vérité, l'intérêt public, l'intérêt même des malades, y trouveraient leur compte.

Mais il est une question de principe ou, plutôt, un principe général de droit, qui domine tout. La Justice est la souveraine gardienne de la liberté individuelle et, c'est là la base inattaquable de l'argumentation de M. J. Reinach, il n'appartient qu'à elle seule d'en priver les particuliers au nom de l'intérêt général. Son rôle n'est pas seulement de punir, il est aussi de prévenir. Non seulement elle prive de leur liberté les gens qui en mésusent, mais encore elle protège la sûreté publique,

c'est-à-dire la liberté des gens honnêtes et inoffensifs, et ce double rôle lui confère le double devoir d'assurer la séquestration des aliénés dangereux et de s'opposer à celle des individus sains d'esprit ou même des aliénés dont l'état mental ne justifie pas une mesure aussi rigoureuse. On a reproché à l'intervention judiciaire d'assimiler « le criminel qu'il faut punir à l'aliéné qu'il faut guérir » ; comment n'a-t-on pas vu qu'en déniaut à la Justice le droit de surveiller l'internement des aliénés, on « assimilait » ces malheureux aux vagabonds et aux prostituées qui partagent avec eux, à tort du reste, le triste privilège d'être séquestrés, sans aucune forme de procès, par une simple décision de l'autorité administrative ?

Reste, enfin, un dernier argument. Je ne suis pas suspect de servilisme à l'égard de l'opinion publique et je me suis efforcé de montrer, à propos de la question des prétendues séquestrations arbitraires, combien elle s'alarmait à tort et était injuste à notre égard. Mais il faut savoir se mettre à la place des gens, de gens surtout qui, dénués de tout esprit scientifique, naturellement incompetents en médecine mentale et excités par la petite presse, peuvent, de très bonne foi, croire sains d'esprit, ou du moins inoffensifs, les malades les plus dangereux. Or, quel doit être le trouble de ce public en voyant chaque jour des hommes dont la folie est d'autant moins évidente qu'elle est plus incurable et plus grave, enlevés, séquestrés, sans aucune forme de procès et indéfiniment maintenus dans des asiles, par l'autorité d'un seul médecin, alors qu'il faut une instruction, des enquêtes, le concours de tout un personnel judiciaire, des débats publics et contradictoires, un jugement dont il peut être appelé, tout l'appareil, en un mot, compliqué et solennel de la Justice, pour condamner non seulement l'assassin pris le couteau à la main et le

récidiviste le plus endurci à des châtiments éternels, mais encore le plus mince filon à la peine la plus légère? Il y a là, pour le public, il faut bien l'avouer, une anomalie inexplicable, suspecte et monstrueuse, que l'intervention de l'autorité judiciaire, statuant sur expertise contradictoire, ferait seule disparaître.

Cette intervention, je la réclame, non que je la croie, au fond, nécessaire, mais parce qu'elle est impérieusement commandée par les principes les plus élémentaires et, cependant, les plus élevés et les plus généraux du Droit, parce qu'elle peut seule rassurer l'opinion publique légitimement, bien qu'à tort, alarmée. Et s'il m'est permis de me placer à un point de vue plus personnel, je la réclame encore parce que, sans voir ce que nous y perdrons en autorité, je vois bien ce que nous y gagnerons en sécurité, en dignité et en indépendance. Je me rapprocherai donc sur ce point, sinon quant au fond, du moins quant à la forme, de la doctrine soutenue par M. Reinach à l'appui de son projet de loi, en regrettant, toutefois, que ce distingué et laborieux homme d'Etat ait puisé dans une étude pratique incomplète du sort des aliénés, des préventions injustes à l'égard des aliénistes et ait cru voir des adversaires là où il lui aurait été si facile de rencontrer des alliés et des collaborateurs (1).

(1) A cela ne se bornent pas les réflexions que peut suggérer la grave et délicate question de l'internement des aliénés dangereux. Il me faudrait encore suivre l'aliéné à l'asile, critiquer le régime matériel et moral auquel il est soumis, discuter les questions que soulèvent sa mise en liberté, les congés qui peuvent lui être accordés, les évasions qu'il peut tenter, ses sorties conditionnelles ou provisoires, son patronage et sa surveillance hors de l'établissement. Toutes ces questions seront peut-être discutées dans un travail ultérieur et complémentaire de celui-ci. Je dois m'arrêter pour le moment, de peur d'abuser de la large hospitalité des *Annales*. Ces études ne sont, d'ailleurs, que des essais, des pierres d'attente et un entraînement pour un traité complet de l'assistance des aliénés auquel je songe depuis longtemps.

NOTE ADDITIONNELLE

I. — L'histoire de l'aliéné P..., publiée dans la première partie de ce Mémoire (numéro de mars-avril 1893), s'est forcément arrêtée à l'époque, déjà ancienne, où le manuscrit en a été remis à la direction des *Annales médico-psychologiques* : il me paraît nécessaire de la mettre à jour et de la suivre jusqu'au moment (juillet 1893) où la troisième et dernière partie de ce travail va paraître.

Après sa sortie de l'asile de Beauregard, qui eut lieu le 5 novembre 1891, non comme je l'ai dit, par erreur, en vertu d'un arrêté de M. le préfet du Cher, mais par décision du tribunal civil de Bourges, P... resta plus d'un an sans soulever de nouveaux scandales et je désespérais déjà de le revoir, lorsque, le 19 janvier 1893, il fut ramené à l'asile et, cette fois, placé d'office. Je le trouvai plus persécuté, plus orgueilleux et plus réticent que jamais ; mais je ne pus obtenir ni de lui ni de sa femme qui voulait sans doute se ménager la possibilité de le réclamer de nouveau, aucun renseignement sur les circonstances qui avaient rendu sa réintégration nécessaire ; ce n'est que tout récemment, à propos d'une nouvelle séquestration dont il sera question tout à l'heure, que j'appris de cette dernière que, pendant cette année de liberté, son mari n'avait pas cessé de délirer et il s'était montré, à la fin, agressif envers elle-même et son entourage.

Comme lors des deux premières séquestrations, M^{me} P... ne tarda cependant pas à réclamer son mari, pressée, d'ailleurs, par la sœur du malade, qui, ayant fait le voyage de Paris exprès pour le voir, trouvait son internement tout à fait injustifié.

Je l'adressai à M. le préfet et, le 15 février suivant, peu de jours après l'envoi de mon certificat de quinzaine déclarant P... dangereux pour l'ordre et la sûreté publiques et d'un certificat de situation dans lequel je demandais, avant d'émettre un avis définitif sur les mesures à prendre à son égard, une enquête sévère sur les motifs de sa séquestration, je reçus l'ordre de le mettre en liberté.

Je ne devais pas tarder à le revoir. Le 20 avril 1893, en effet, P... était ramené à Beauregard par un agent de police. Cette fois, sa femme, dont la patience semble épuisée, s'est

montrée moins réticente et l'Administration, elle-même, a bien voulu me communiquer un rapport d'enquête rédigé par le commissaire de police du quartier et sur les dépositions de plusieurs témoins. Il résulte de ces renseignements que le malade, dont l'état mental ne s'était jamais réellement amélioré, se livrait, depuis quelques mois surtout, à des actes aussi extravagants qu'inquiétants pour la sécurité de son entourage. Ne faisant aucun travail, il passait ses journées à se promener dans les rues de la ville, revêtu, souvent, de costumes excentriques, fréquentait les cafés où il consommait de l'absinthe et manifestait, à tout propos, les idées de grandeur les plus insensées se croyant, par exemple, « le grand maître de tout », le « grand chef de la police de Bourges » ; on le vit, un jour, danser sur une planche qui rattachait à la terre un bateau de la rivière, et s'y livrer aux gesticulations les plus désordonnées ; enfin, chose plus grave encore, il avait pris en grippe une voisine à qui il ne cessait d'adresser des injures et des menaces, faisait des gestes indécents devant une jeune fille du quartier, menaçait ses jeunes ouvrières d'un fer à repasser et montrait envers sa femme autant de haine et de débauche qu'il lui témoignait, lors de son premier internement à Beaugregard, d'estime et de tendresse : il la persécutait pour en obtenir de l'argent, l'enfermait chez elle et allait même jusqu'à la frapper.

Le matin du jour où M^{me} P... se décida à demander son placement, il lui avait fait une scène violente, criant qu'il voulait être « le maître », et après avoir brisé, avec un ciseau, un coffret renfermant le trésor du ménage, s'était sauvé, sans motif et sans but, jusqu'à Mehun-sur-Yèvre, emportant avec lui une somme de près de 200 francs qui fut, du reste, retrouvée presque intacte, lorsque, à son retour, on l'arrêta.

Je n'ai pu encore renouer régulièrement le fil de l'observation de P... qui, d'ailleurs, n'est pas commode à interroger. Beaucoup moins violent que lors de son premier internement à Beaugregard, il est plus sec, plus phraseur, plus orgueilleux, plus réticent que jamais et ne cesse de réclamer sa mise en liberté.

Son observation mettra certainement en évidence deux modifications de son état mental liées, d'ailleurs, à l'évolution normale de son affection. Nous constaterons qu'il englobe sa femme dans la foule de ses persécuteurs et que ses idées de grandeur se sont accentuées et étendues : P... est maintenant, il suffit de le voir pour en être convaincu, un mégalomane avéré.

Ainsi que je l'ai fait pressentir tout à l'heure, M^{me} P... paraît revenue de ses illusions et fatiguée de son mari. Le réclamera-t-elle encore ? Cela est fort probable, d'autant plus que le paiement de la pension, qui vient de lui être imposé dans des conditions dont la discussion offrirait un certain intérêt aux points de vue administratif et juridique, mais que je n'ai pas à aborder ici, sera, pour elle, une lourde charge. Pour moi, je suis résolu à opposer, dans la mesure de ma sphère d'action, un veto formel à ses réclamations; car, étendant à ses proches sa haine de persécuté et se montrant de plus en plus enclin aux excès alcooliques, P... est, surtout pour son entourage, plus dangereux que jamais. Sa première séquestration, déjà, aurait dû être définitive et : « tant va la cruche à l'eau qu'à la fin elle se casse ».

NOTE SUR UN CAS
DE
PERVERSION SANGUINAIRE
DE L'INSTINCT SEXUEL

Par le D^r H. COUTAGNE
Médecin expert près les tribunaux de Lyon.

L'observation qui fait l'objet de ce travail a trait à une affaire judiciaire dans laquelle j'ai eu récemment à intervenir comme expert ; la reproduction *in extenso* du rapport que j'ai rédigé à cette occasion, me paraît indispensable pour mettre le lecteur au courant des circonstances de ce fait singulier et embarrassant.

Je soussigné, etc., sur la réquisition de M. Chantreuil, juge d'instruction, en date du 6 janvier 1893, certifie avoir, serment préalablement prêté, procédé à l'examen mental du nommé Abel B..., âgé de dix-sept ans, ouvrier ferblantier, inculpé de tentative d'assassinat.

I. Les pièces d'information à nous communiquées et nos constatations directes nous permettent de reconstituer, ainsi qu'il suit, l'analyse des circonstances extérieures et mentales dans lesquelles a été effectué l'acte unique dont l'appréciation fait le sujet de cette expertise :

Le 4 janvier 1893, l'inculpé, après s'être occupé et avoir pris comme de coutume son repas de midi chez son patron, sort et va acheter, à trois heures du soir, au grand Bazar, un couteau de cuisine de sept sous, long de vingt-trois centimètres. La nuit tombée, vers six heures et demie, il se rendait dans la rue Chapoñay, où il savait rencontrer la nommée Pauline G..., âgée de vingt et un ans, fille soumise, avec laquelle il avait déjà eu cinq fois environ des rapports. L'ayant rencontrée, il l'accompagna dans sa chambre, la fit déshabiller complètement, après

lui avoir donné deux francs, quitta lui-même une partie de ses vêtements, mais en gardant son pantalon et sa chemise, et lui dit de s'approcher du bord du lit. Alors, *étant en érection*, il s'approcha d'elle à son tour, et lui porta trois coups de son couteau, l'un à la partie antérieure de l'aisselle droite, le second au sein droit et le troisième à la partie antérieure du ventre, sur la ligne transversale et à droite de l'ombilic. Les blessures ont été légères, surtout relativement à la force de l'arme, et n'ont pas dépassé le tissu cellulaire sous-cutané. La victime se débattit, se fit, en voulant se défendre, plusieurs autres blessures aux membres supérieurs et tomba sur le plancher où les voisins, accourus à ses cris, l'auraient trouvée maintenue par le genou de l'inculpé. Ce dernier prit alors la fuite et fut aussitôt se constituer prisonnier au poste de police de la place du Pont.

Dans son premier interrogatoire, fait par le commissaire de police du quartier, il explique ce qu'il a fait par une discussion dans laquelle la fille G..., lui aurait volé son porte-monnaie. Le lendemain, devant M. le juge d'instruction et nous, il abandonne ce système, dit qu'il a frappé sans motif raisonné, pour s'empêcher de retourner chez cette fille, enfin soutient avec obstination qu'il n'a donné qu'un coup de couteau. Puis B..., qui avait jusqu'alors conservé une contenance sombre et concentrée a une période de trois ou quatre jours de détente, pleure abondamment tenant la tête baissée et répond à peine aux questions qui lui sont posées. Enfin, il finit par déclarer, ce qui est confirmé par la déclaration de la fille G..., qu'il a donné trois coups de couteau pour exécuter la menace de vengeance qu'il lui avait faite l'avant-veille à la suite d'une discussion d'argent roulant sur une somme infime (50 centimes). Ajoutons que l'alcool n'a joué dans le cas actuel aucun rôle, des témoignages concordants de l'inculpé et de la victime.

II. Abel B... appartient à une famille modeste où il est le dernier de six enfants, tous vivants et bien portants. Son père a succombé, jeune encore, à une maladie intestinale chronique, qui a probablement été une entérite tuberculeuse. Sa mère vit encore, dans un état de santé normale; elle nous signale, dans une lettre, l'existence de maladies mentales ayant nécessité des internements dans des asiles d'aliénés, chez une cousine germanique du côté paternel et deux frères de cette femme.

Quant à l'inculpé, son passé pathologique et mental est des plus insignifiants, et cela d'après les déclarations de sa mère, d'un de ses frères et d'une de ses sœurs, pourtant bien inté-

ressés à nous signaler les moindres anomalies de cette nature. Son enfance n'a pas été traversée par des maladies graves, ni même signalée par des convulsions, des agitations nocturnes ou tous autres symptômes analogues qui, bien que fréquents à cet âge, auraient pu être pris en considération dans l'espèce. Le caractère de l'inculpé était doux, jamais il n'a manifesté d'instincts cruels, ni pour ses parents, ni pour ses camarades, ni même pour les animaux. Envoyé dans une école municipale, il a reçu une instruction moyenne. Les renseignements fournis sur son compte par ses patrons sont sans importance pour nous.

A en croire un de ses frères, son caractère serait devenu plus concentré depuis un an environ; on aurait remarqué chez lui qu'il se plaignait souvent de chaleurs excessives et qu'il s'excitait après l'ingestion de quantités infimes de boissons alcooliques. Ces symptômes peuvent être regardés comme liés à la puberté et à l'éveil de la vie génitale, surtout si nous tenons compte de la déclaration dans laquelle Abel B... nous affirme qu'il a des rapports sexuels normaux depuis deux ans environ, sans s'être antérieurement livré aux pratiques solitaires. Jamais on n'a constaté dans son entourage rien qui pût éveiller l'idée d'une forme quelconque d'aliénation mentale, aucune impulsion dangereuse, aucune idée délirante.

III. L'examen physico-mental de l'inculpé conduit à des résultats à peu près aussi vagues que ses anamnétiques. Nous nous arrêtons peu à ses mensurations anthropométriques, auxquelles l'âge du sujet enlève une certaine valeur; notons, sans y attacher d'importance, la petitesse du pavillon des oreilles. Les organes génitaux sont normaux et bien développés, surtout pour un jeune homme de dix-sept ans: le pénis, découvert, a des dimensions plutôt fortes, le pubis est garni de poils très abondants. Nous ne constatons sur le reste du corps aucune malformation. Signalons spécialement l'absence de tout stigmate physique d'hystérie ou d'alcoolisme.

Les résultats de nos interrogatoires, rapprochés de l'observation poursuivie entre nos visites par le personnel de la prison, éliminent toute idée de maladie mentale. B... nous répond avec une timidité mêlée de honte, et presque toujours par monosyllabes. Il comprend la gravité de l'acte qu'il a commis, le regrette certainement, mais ne nous fournit pas une explication bien raisonnée sur le mobile qui a pu le porter, étant admis le motif de la vengeance, à faire des blessures sanglantes qui

devaient fatalement amener son arrestation, au lieu de se contenter d'une simple correction que sa victime aurait très bien pu, étant donné les habitudes de son milieu social, accepter sans mot dire. Il s'attend à être puni, et paraît nourrir de bons projets de réhabilitation. Ses sentiments affectifs ne sont pas atrophiés et il a écrit de sa prison une lettre à sa mère pour lui demander pardon.

IV. Dans ces conditions, il nous est impossible d'expliquer, par une cause pathologique précise, par un épisode de l'évolution d'une maladie mentale quelconque, l'acte dont B... est inculpé. Nous n'en sommes pas moins forcés d'en constater l'étrangeté. Le motif reconnu réel, en fin de compte, est trop futile pour expliquer sa gravité : s'il a dû intervenir dans une certaine mesure, nous croyons qu'il faut réserver une part causale à une déviation ou perversion sanguinaire de l'instinct sexuel. L'inculpé, après avoir reconnu au début de l'instruction que l'idée de frapper une femme nue pour voir couler son sang lui était déjà venue antérieurement à l'esprit, s'est depuis retracté avec obstination sur ce point ; il en résulte donc que nous ne pouvons, avec les éléments que nous possédons, nous prononcer sur le caractère transitoire ou non de cette déviation. Mais elle nous semble démontrée, pour l'acte du 4 janvier, par la circonstance curieuse et authentique de l'érection de l'inculpé au moment où il frappait sa victime.

Les perversions de cette nature ont déjà été observées, et les annales judiciaires nous fourniraient des exemples de cette union singulière de l'impulsion sexuelle et de l'impulsion sanguinaire. L'anthropologiste ne saurait manquer de les rapprocher des pratiques cruelles, poussées jusqu'à la mort, qu'on a observées dans les accouplements de certaines espèces animales. Parmi les faits analogues qui ont été consignés dans la science, plusieurs ont été observés à l'âge de notre sujet ; la perturbation apportée par l'évolution de la puberté dans une constitution, même non prédisposée, paraît susceptible de favoriser le développement de ces anomalies mentales qui ont pu être calmées par la simple progression dans la vie.

V. C'est en nous plaçant sur ce terrain que nous concluons ainsi :

1° Abel B... n'est pas aliéné ; 2° la tentative d'assassinat dont il est inculpé peut reconnaître pour cause une déviation mentale liée à son évolution physiologique et comporter, par conséquent, un certain degré d'atténuation de sa responsabilité pénale.

B... fut traduit, le 28 février, aux assises du Rhône pour tentative d'assassinat. Dans le cours des débats, le président annonça qu'il poserait la question subsidiaire de coups et blessures volontaires, devant l'impression du jury sur le peu de gravité des blessures par rapport à la nature de l'arme, impression qui se fit jour dans plusieurs questions auxquelles j'eus à répondre. L'accusé conservait une attitude concentrée et honteuse. Il fut acquitté après une courte délibération, résultat qui ne surprit personne et fut motivé à la fois par mon expertise, par la guérison de la victime et par les bons antécédents de B.

Ce fait m'a paru mériter d'être publié, malgré, ou si l'on préfère, en raison de son caractère frustre dont notre rapport présente un reflet assez exact et qui laisse planer sur la détermination de l'état mental réel de B..., un doute qu'une observation ultérieure pourra seule peut-être faire cesser. Le domaine des anomalies de l'instinct sexuel est particulièrement fécond en cas aussi indécis, dont le côté clinique peut, comme dans notre exemple, se doubler d'un côté médico-légal qui vient alors en démontrer la difficulté avec une singulière évidence.

Parmi ces anomalies, les perversions *inversives*, si bien étudiées depuis quelques années, ne doivent pas faire oublier les perversions d'un autre ordre. Celles qui sont caractérisées par les manifestations des instincts sanguinaires et destructeurs, manquent encore, à l'heure actuelle, d'une étude systématique, qu'une thèse en préparation à la Faculté de Médecine de Lyon va leur consacrer d'ici à quelques mois ; mais leur existence repose déjà sur une somme très respectable de cas. Les noms de l'empereur romain Tibère, du maréchal de Rays au xv^e siècle, du comte de Charolais et du marquis de Sade au xviii^e, correspondent aux faits historiques les plus connus avant la période contemporaine. Le dépouille-

ment des observations d'attentats à la pudeur, rédigées de nos jours dans un esprit scientifique, serait des plus fructueux pour l'étude de ce sujet. Michéa est peut-être le premier aliéniste qui ait nettement posé la question dans les réflexions que lui a inspiré le procès de Bertrand, le sergent nécrophile (1). Krafft-Ebing lui a consacré un paragraphe substantiel dans le travail sur les perversions de l'instinct sexuel qu'il a publié en 1877 (2).

Nous demandons la permission d'insister davantage sur la série d'observations réunies par le Dr Arthur Mac-Donald et dont l'intérêt nous a paru assez grand, malgré leur prolixité, pour faire bénéficier les criminologistes français d'une traduction intégrale (3). Des cinq faits dont se compose ce travail, les deux qui nous paraissent les plus instructifs sont les observations II et III.

La première a trait à un jeune homme de quatorze ans et demi, sans antécédents héréditaires, mais à enfance malade, qui se livre sur sept enfants à des actes de cruauté dont les détails sont en rapport avec une incitation génitale; il en tue deux autres dans des conditions semblables, et sous l'influence d'une impulsion assez irraisonnée pour qu'on soupçonne l'épilepsie, mais sans preuves. Condamné à une détention perpétuelle, il n'a jamais depuis manifesté aucune tendance mentale criminelle, et paraît transformé, au moral comme au physique, lorsque le Dr Macdonald l'observe à l'âge de trente et un ans.

Le sujet de l'observation III, est un homme de trente ans qui fut exécuté pour le meurtre d'une femme; il

(1) *Union médicale*, 1849.

(2) Ueber gewisse anomalien des Geschlechtsstribs, etc. (*Archiv für psychiatrie*, vol. VII, p. 301 et suiv.).

(3) Observations pour servir à l'étude de la sexualité pathologique et criminelle (*Archives de l'anthropologie criminelle*, nos 42, 43 et 45, 1892-1893).

avoua, dans une confession explicite, plusieurs autres crimes semblables, consistant à assommer ses victimes, *sans toucher à leurs parties sexuelles*, et ayant pour but unique de se procurer une jouissance poussée jusqu'à l'éjaculation.

L'embarras est grand pour placer dans des cadres nosologiques précis des faits où des impulsions aussi étranges paraissent coïncider avec un état mental normal à part cela. Nos devanciers d'il y a un demi-siècle s'en seraient tirés avec la théorie, aussi dangereuse que commode, des monomanies. Nous préférons nous adresser à la dégénérescence mentale de Morel et de Magnan, dont malheureusement aucun stigmate ne nous a permis de faire l'application à notre cas personnel.

En terminant, faisons remarquer combien les observations de cette nature démontrent l'insuffisance de notre législation en matière d'aliénation mentale. Dans notre fait, une série de circonstances atténuatives (1) ont permis au jury de prononcer un acquittement simple, non suivi du correctif redoutable de la remise de l'accusé à l'autorité administrative. On a donc rendu à la vie publique une individualité qui porte dans son passé une tare mentale peu rassurante pour l'avenir ; la discipline militaire à laquelle sa famille s'est décidée, sur notre conseil, à soumettre Abel B..., est certes un agent de transformation puissant, mais dont nous nous gardions bien de garantir l'efficacité dans l'espèce.

Il nous suffit, pour nous rendre compte de l'indécision des applications pénales en pareille matière, de reprendre l'affaire B..., en supposant l'absence d'une des causes de l'acquittement, c'est-à-dire la guérison rapide

(1) Signalons ici un détail curieux dont nous n'avons eu connaissance que tout récemment : la fille G... était enceinte de deux mois au moment où B... l'a frappée, et sa grossesse a continué normalement jusqu'à présent.

de la victime. Quelle aurait été la conduite du jury dans le cas où la fille G... aurait succombé à sa blessure ? Ou nous nous trompons fort, ou il aurait condamné sévèrement l'accusé, apportant ainsi une preuve à l'appui d'une opinion que nous avons plusieurs fois soutenue (1), c'est-à-dire de l'inanité, *en pratique*, de la distinction entre la responsabilité *morale* et la responsabilité *so-*
ciale.

(1) La folie au point de vue judiciaire et administratif, 1888. — De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs (*Annales médico-psychologiques*, 1892).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE SOLENNELLE DU 24 AVRIL 1893

Présidence de M. CHRISTIAN

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre d'excuses de M. Charpentier, empêché d'assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Vigouroux, d'Evreux, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

3° Une lettre de faire-part du décès de M. Alessandro Solivetti, professeur à Rome.

La correspondance imprimée comprend :

1° La *Revue de l'hypnotisme*, numéro de mars ;

2° Les *Annales de psychiatrie*, numéro de mars ;

3° *Les Morphinomanes*, par le D^r Chambard.

M. FALRET a fait auprès du directeur de la Salpêtrière la démarche convenue pour que le buste de Baillarger soit placé dans la cour d'honneur de la Salpêtrière. La chose ayant été acceptée, il n'y a plus qu'à s'entendre avec M. le Directeur de l'Assistance publique.

Rapport sur le prix Moreau (de Tours).

M. ARNAUD. — La commission du prix Moreau (de Tours), composée de MM. Moreau (de Tours), Ballet, Marandon de Montyel, Vallon et Arnaud, rapporteur, a eu à examiner trois mémoires imprimés, déjà connus de ceux qui s'intéressent à ces questions, en sorte que le rapporteur se bornera à indiquer les motifs du jugement de la commission, sans entrer dans une analyse détaillée des travaux.

Le mémoire n° 1 a pour auteur M. Maurice Hamel, ancien interne de Charenton ; il est consacré à l'étude

« des hallucinations génitales et des idées érotiques chez les persécutés » non pas seulement « chez les persécutés types à évolution systématique », mais aussi « chez les malades ayant des délires ou simplement des idées symptomatiques de persécution ».

L'auteur résume soixante-deux observations, soit personnelles, soit empruntées à différents auteurs, et il rapporte en détail vingt-deux observations, dont vingt inédites.

C'est un ensemble de documents considérable. L'auteur fait preuve de connaissances étendues en pathologie mentale et de sérieuses qualités cliniques. Il expose avec finesse et sagacité les rapports que peuvent avoir les troubles génitaux des persécutés avec la ménopause, avec les préoccupations habituelles, les affections et malformations, les simples troubles fonctionnels des organes génitaux, les hallucinations de l'ouïe, etc. Il montre que les troubles de la sphère génitale ne sont qu'une localisation des troubles de la sensibilité générale, avec lesquels ils coïncident toujours.

Comme toutes les autres idées délirantes ou hallucinations des persécutés, celles qui se rapportent à la sphère génitale peuvent s'accompagner de réactions d'attaque et de défense, de néologismes et d'altérations plus ou moins profondes de la personnalité. Elles ne sont nullement incompatibles avec les idées de grandeur. Enfin, elles ont une importance médico-légale particulière, car elles sont fréquemment le point de départ d'accusations dont il peut être extrêmement difficile de prouver la fausseté.

Votre commission a regretté qu'un trop grand nombre d'observations soient résumées au point de n'être plus qu'une simple constatation de faits. A cette critique de détail, la commission en ajoute une autre d'ordre général, c'est que l'auteur ait cru devoir étendre son étude aux idées de persécution symptomatiques. Sa thèse y perd en unité, son exposé et ses conclusions y perdent en précision et en netteté.

En résumé, M. Hamel a donné, de faits connus, une description intéressante et consciencieuse, utile à consulter, et qu'il a su orner de développements personnels et ingénieux.

Le mémoire n° 2 a tout de suite fixé l'attention de votre commission par sa valeur supérieure. C'est la thèse de M. J. Nageotte, ancien interne des hôpitaux ; elle a pour titre : « *Tabes et paralysie générale* ». Les rapports de ces deux affections sont fort bien étudiés par M. Nageotte qui, dans son historique, a exposé avec justesse et clarté les opinions de nombreux auteurs français et étrangers sur cette question encore mal élucidée. Il adopte pleinement les idées que son maître, M. F. Raymond, a développées dans ses remarquables leçons cliniques de Lariboisière et dans ses communications à la Société médicale des hôpitaux. M. Nageotte appuie ces idées, non seulement d'arguments historiques, mais surtout de vingt-deux observations cliniques et anatomopathologiques très étudiées, qui forment une contribution personnelle fort importante.

Ces idées peuvent être ramenées à deux points principaux : 1° Le tabes et la paralysie générale sont fréquemment associés chez un même malade, environ dans les deux tiers des cas, et c'est tantôt l'une, tantôt l'autre qui ouvre la marche ; leurs lésions anatomiques sont de même ordre. Donc ce sont deux affections de même nature, diversement localisées.

Ces deux affections ont pour cause prédisposante l'hérédité et pour cause provocatrice, dans l'immense majorité des cas, la syphilis. Ici interviennent les statistiques de Quinquand, Fournier, Raymond, Erb, Strümpell, Minor, etc., qui donnent de 80 à 90 syphilitiques sur 100 tabétiques, et celles de Kjellberg, Ziehen, Folsom, Mendel, Régis, Bonnet, etc., qui contiennent une proportion analogue de syphilitiques sur 100 paralytiques généraux.

La conclusion générale est que « *le tabes et la paralysie générale, qui ont la même étiologie, coexistent dans un nombre trop considérable de cas et se combinent de façons trop variées pour que l'on puisse voir dans l'une une complication de l'autre ; on doit les considérer comme des manifestations diverses d'une seule et même maladie.* »

Outre des réserves nécessaires sur le fond même de la question, on peut faire à la thèse de M. Nageotte plusieurs critiques. Il est d'abord évident que l'auteur ne

s'occupe guère que d'une catégorie restreinte de paralytiques généraux, ceux qu'il est possible d'observer et de maintenir dans un service d'hôpital. Les malades à grand fracas, les plus nombreux, ceux pour qui s'impose la discipline de l'asile, ceux-là lui ont échappé. Peut-être leur étude aurait-elle modifié quelques-unes de ses conclusions.

Ensuite, le côté anatomo-pathologique de son travail présente dans son ensemble une certaine subtilité qui tient la conviction du lecteur en suspens.

Et enfin, s'il démontre, d'une façon satisfaisante, l'existence du syndrome tabétique chez beaucoup de paralytiques généraux, sa démonstration de la paralysie générale chez les tabétiques reste un peu courte. L'auteur a, d'ailleurs, reconnu et regretté cette lacune.

Mais, tel qu'il est, ce travail n'en constitue pas moins une étude sérieuse et approfondie des rapports et de l'étiologie du tabes et de la paralysie générale. Il marque une étape et il réalise un progrès dans le développement de cette question difficile.

L'auteur du mémoire n° 3 est M. Henri Berbez, ancien interne des asiles de la Seine et de la maison de Charenton. Sa thèse a pour titre : *De la paralysie générale due aux excès alcooliques*. Ce titre est à lui seul une déclaration de principes, il répond par l'affirmative à une question encore très discutée, et le travail de M. Berbez est le développement de cette idée qu'il attribue à son maître, M. Magnan, « *que la paralysie générale peut être créée de toutes pièces par l'alcoolisme chronique* ». — Seize observations intéressantes sont produites par l'auteur, dans lesquelles il déclare n'avoir trouvé, après les recherches les plus attentives, d'autre élément étiologique que l'alcoolisme habituel. L'auteur s'attache surtout au côté clinique de son sujet, et il décrit avec beaucoup de soin les nuances qui seraient caractéristiques des symptômes et de la marche de la paralysie générale due aux excès alcooliques. Le diagnostic avec l'alcoolisme chronique est l'objet d'un chapitre très intéressant. Ce diagnostic cesse naturellement d'avoir une raison d'être à cette période de transition où le malade, encore alcoolique, est déjà paralytique général.

Un signe important et constant dans la paralysie

générale d'origine alcoolique, est l'existence de l'athérome appréciable au tracé sphymographique.

Messieurs, le travail de M. Berbez, malgré son intérêt et ses mérites cliniques, a semblé à votre commission passible d'une objection capitale : deux moyens principaux, d'inégale valeur, à savoir des statistiques nombreuses et, surtout, des autopsies probantes, pouvaient conduire à la démonstration satisfaisante de ce problème étiologique. Or, l'auteur ne s'appuie que sur seize observations, dont aucune n'est suivie d'autopsie. Cette double lacune enlève malheureusement aux conclusions de ce travail une grande partie de leur solidité.

Comme conséquence des considérations qui précèdent, votre commission vous propose, à l'unanimité :

1° De décerner le prix Moreau (de Tours) à M. J. Nageotte, auteur du mémoire n° 2. Elle regrette que cet excellent travail ne se soit pas trouvé dans les conditions d'anonymat nécessaires pour être présenté au prix Aubanel;

2° Elle vous propose aussi d'accorder une mention honorable au mémoire n° 1, dont M. Hamel est l'auteur, et de citer honorablement la thèse de M. H. Berbez.

Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix Moreau (de Tours) est décerné à M. Nageotte, une mention honorable est accordée à M. Hamel et une citation honorable à M. H. Berbez.

Rapport sur le prix Esquirol.

M. SOLLIER. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Falret, Mitivié, Bouche-reau, Ritti et Sollier rapporteur, pour examiner les mémoires présentés au concours du prix Esquirol. Vous savez que les concurrents se sont montrés plus pressés qu'à l'ordinaire, car cinq mémoires ont été adressés à notre Société. C'est un résultat dont nous devons nous féliciter ; mais ce dont nous devons surtout nous réjouir, c'est de la qualité de ces mémoires, et de la somme de travail dépensée par leurs auteurs. Cela nous permet de bien augurer de l'avenir de notre science mentale, qui ne peut que profiter de l'émulation de ceux qui s'y con-

sacrent. Aussi votre Commission a-t-elle pensé que son premier devoir était d'adresser, à tous les concurrents en général, ses félicitations et ses encouragements.

Le mémoire n° 1 avait pour titre : *Des troubles visuels chez les aliénés*. Quoique l'auteur ait choisi lui-même son sujet, il ne semble pas l'avoir très bien compris et l'a en tous cas mal délimité et confusément exposé. Il n'a pas suffisamment séparé l'étude des anomalies visuelles des affections de l'œil proprement dit, et des troubles fonctionnels. Il confond les troubles visuels avec les interprétations délirantes auxquelles la vue peut donner lieu. C'est ainsi qu'il considère comme atteints de troubles visuels des malades atteints d'onomatophtie qui, après avoir lu un mot qui les obsède, le recherchent dans tous les livres et journaux où ils ont pu le voir, pour calmer leur angoisse. On est un peu surpris aussi des développements qu'il donne à l'étude des hallucinations de la vue dans le délire de persécution, où il dit cependant en passant qu'elles sont dues le plus souvent à une intoxication surajoutée. Vingt-huit observations seulement, dont la plupart empruntées aux auteurs, et où l'examen fonctionnel et anatomique de l'œil est des plus négligés, nous paraissent insuffisantes.

Le mémoire n° 2 est beaucoup plus intéressant et plus original. Il est consacré à l'étude du *Tremblement de la langue chez les aliénés, en particulier chez les paralytiques généraux, au moyen de la méthode graphique*. L'auteur a imaginé pour obtenir ses tracés, un dispositif qui paraît assez ingénieux, mais sur la valeur duquel il est difficile de se prononcer sans le voir fonctionner. Il est à craindre qu'il ne se glisse quelques erreurs qui pourraient ébranler certaines conclusions de l'auteur. Ce dernier est arrivé en effet à distinguer trois sortes de tremblements : 1° ataxique, 2° fibrillaire, et 3° un mouvement en masse spasmodique et clonique de la langue, lequel n'a pas encore été décrit. Il se pourrait que ce mouvement en masse ne soit que le résultat des mouvements généraux de la tête du malade. L'auteur a examiné 97 paralytiques généraux et nous donne 78 observations détaillées avec graphiques à l'appui. Sur ses 97 paralytiques généraux, 27 présentaient un tremblement ataxique associé au tremblement fibrillaire, 45 le

mouvement en masse seul ou associé avec les deux autres réunis, 25 le tremblement fibrillaire seul. Ses observations sont groupées suivant cette subdivision.

Les conclusions de ce mémoire sont que le tremblement de la langue est le signe physique le plus constant de la paralysie générale. Un tableau comparatif très intéressant entre le tremblement de la langue et l'état des pupilles, des réflexes, des mouvements fibrillaires de la face, des troubles de la parole, montre que tous ces signes sont plus ou moins fréquents, tandis que le tremblement de la langue existe toujours. Il persiste dans les cas de rémission, alors même que les autres signes physiques ont disparu. C'est de plus un signe précoce et qui permettra souvent d'asseoir le diagnostic.

C'est un mémoire qui a dû demander beaucoup de temps et de patientes expériences à son auteur, qu'on ne peut qu'enconrager à persévérer dans cette voie certainement fertile en découvertes. Il est à souhaiter en effet de voir le laboratoire venir de plus en plus en aide à la clinique, sans pour cela empiéter sur elle. C'est un écueil que l'auteur a su d'ailleurs éviter, comme le prouvent les nombreuses observations qui illustrent son travail.

Le mémoire n° 3 a pour objet : *La dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique des persécutions*. L'auteur y a fait preuve d'un grand sens clinique et d'une grande finesse d'analyse. Son mémoire est bien divisé, clair et simplement écrit. Après avoir exposé l'état de la question et les divergences d'opinion des auteurs, la genèse des idées de grandeur, l'auteur entre dans le cœur de son sujet. Il montre d'abord la façon dont les malades manifestent leurs idées de grandeur, alors qu'elles sont à peine naissantes. La principale cause de dissimulation du malade, c'est son doute au sujet de sa nouvelle personnalité. Pour parvenir à la découverte de la dissimulation, il faut rechercher avec soin les antécédents héréditaires et l'histoire pathologique du malade, étudier son attitude au milieu des autres malades, ses relations avec eux, son attitude devant le médecin, son costume et les modifications qu'il lui fait subir, ses lettres, ses écrits. On doit lui faire subir des interrogatoires avec une sorte de déférence, et se rappen-

ler toujours que si l'on tombe juste d'emblée, il avoue souvent des idées délirantes jusqu'alors dissimulées. Il faut pour cela, après avoir acquis la certitude, par un examen minutieux de toute sa conduite, qu'il dissimule des idées ambitieuses, le harceler en quelque sorte en l'interrogeant à l'improviste, lui demandant l'explication de tous ses actes, et plaçant le faux pour savoir le vrai. Toute cette partie est finement étudiée et les procédés ingénieux, imaginés par l'auteur pour découvrir la dissimulation, indiquent de sa part une observation très consciencieuse et très raisonnée de ses malades.

La dissimulation suit, dit l'auteur, une marche parallèle à l'évolution de la maladie, c'est-à-dire qu'elle sera réelle et fréquente au début de la période de mégalomanie, alors que le malade a conservé toute sa vigueur intellectuelle, raisonne et pense. Peu à peu, les idées ambitieuses se feront jour quand même, lorsqu'elles paraîtront absolument naturelles au malade.

Il est vraisemblable que la découverte de la dissimulation des idées de grandeur chez les persécutés par les moyens que l'auteur indique, augmentera la proportion dans laquelle elles se présentent dans le délire de persécution et conciliera ainsi des opinions très opposées d'hommes cependant également compétents, et dont il est difficile de s'expliquer une divergence de vue aussi marquée qu'entre certains.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur rapporte seize observations soigneusement prises et détaillées, sur lesquelles s'appuie la première partie théorique. C'est certainement le meilleur mémoire clinique que votre commission ait eu à examiner.

Le mémoire n° 4 ayant pour titre : *Observations et réflexions sur les maladies nerveuses chroniques des enfants*, n'est pas à proprement parler un mémoire. C'est un recueil d'observations, à la vérité très soigneusement prises, suivies de quelques réflexions n'ayant guère de caractère général, et qu'aucune idée directrice, théorie ou clinique, n'a groupées. Il est regrettable que l'auteur n'ait pas plutôt fait une étude d'ensemble des quelques cas similaires qu'il rapporte, et dont la plupart sont fort intéressants, d'autant que des photographies des sujets et de leurs cerveaux sont annexées

aux observations. Toutes ont trait à l'idiotie : idiotie microcéphalique, méningitique, parenchymale, par sclérose atrophique, etc. Votre commission a pensé que le prix Esquirol doit être réservé à la clinique mentale proprement dite, les travaux consacrés à l'idiotie étant l'objet d'un concours spécial, celui du prix Belhomme.

Le cinquième mémoire, très volumineux, a pour titre : *Contribution à l'étude de la dégénérescence envisagée spécialement chez les enfants à mauvais instincts*. Il a dû demander à son auteur une somme considérable de travail, car il a étudié ses aliénés criminels à cinq points de vue : anthropologie générale, stigmates physiques de dégénérescence héréditaire, stigmates physiques de criminalité, stigmates psychiques de dégénérescence, antécédents héréditaires. Tous les appareils sont passés en revue, toutes les mensurations dont ils sont susceptibles sont faites, toutes les tares qu'ils peuvent présenter sont signalées. Un tableau statistique qui ne comprend pas moins de 25 pages, résume toutes les observations faites.

Malheureusement ce travail risque d'être fait en pure perte. L'auteur en effet s'adresse à des enfants de dix à dix-huit ans, dont le développement est incomplètement fait. Est-il en droit de comparer aux points de vue anthropologique et criminologique des enfants avec des adultes, et les modifications qui peuvent se produire chez eux par la suite, particulièrement en ce qui concerne la face et le crâne, ne détruiront-elles pas pour l'adulte les observations faites chez l'enfant ? C'est là le reproche capital à faire à ce travail. D'autre part, les observations sont très incomplètes en ce qui concerne précisément la dégénérescence qu'il s'agit de démontrer.

L'auteur se borne à nous en donner le titre : vols, vagabondages ou violences, coups et blessures, etc. ; puis il ne nous fournit que des indications sommaires sur l'état mental du sujet, indications où l'on relève des contradictions dans le genre de celle-ci : débilité intellectuelle, perversions instinctives, intelligence apte à passer le certificat d'études primaires, mémoire bonne, caractère un peu sournois. Un semblable état mental autorise-t-il à porter le diagnostic de dégénérescence

mentale ? Le malade qui le présentait avait volé. Mais on ne nous dit pas quoi, ni dans quelles conditions. Il a quinze ans et on ne connaît ni ses antécédents héréditaires, ni ses antécédents personnels.

Beaucoup d'observations sont malheureusement analogues. La dégénérescence n'y est pas toujours évidente ; on manque de détails sur les mauvais instincts des enfants. Peut-être deviendront-ils des criminels et justifieront-ils les stigmates criminologiques qu'on a trouvés chez eux ; mais, pour le dire, il faut attendre.

Il est regrettable qu'un aussi gros travail pêche autant par la base et n'ait pu aboutir à des résultats de plus de valeur. Aussi n'insisterons-nous pas sur les conclusions de l'auteur, qui pourra certainement reprendre à un autre point de vue ses patientes recherches qui révèlent en lui un travailleur consciencieux et tenace, deux qualités dont on ne peut que le féliciter.

A l'unanimité, votre commission vous propose de décerner le prix Esquirol à l'auteur du mémoire n° 3, et de donner une mention honorable à celui du mémoire n° 2. L'impossibilité de contrôler les expériences de ce dernier d'une part, et la modicité du prix qui ne permet guère de le partager, ont seules empêché votre commission de mettre ces deux mémoires *ex æquo*. Elle souhaite d'ailleurs de les voir publier tous les deux. Il serait regrettable qu'ils ne le fussent pas. C'est le meilleur éloge qu'on puisse en faire.

Conformément aux conclusions du précédent rapport, le prix Esquirol est décerné à M. Lachaux, interne de l'asile de Villejuif ; une mention honorable est accordée à M. Lefilliâtre, interne du même asile.

Rapport sur le prix Belhomme.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, je viens vous soumettre le résultat des délibérations de la commission que vous aviez désignée pour le prix Belhomme et composée de MM. Dagonet, Garnier, Magnan, A. Voisin et Séglas, rapporteur.

Le sujet proposé avait été : *De l'audition chez les idiots et les imbéciles.*

Un seul mémoire a été présenté.

Ce volumineux travail se compose de deux parties, dont la première a trait à la physiologie normale et pathologique de l'oreille chez les congénitaux. Les deux premiers chapitres sont consacrés à des aperçus philosophiques et anthropologiques, à la physiologie de l'audition ; le troisième renferme la description d'un certain nombre de syndromes épisodiques. L'audition colorée en particulier est l'objet de nombreux détails. L'association des sons avec les couleurs finissant par devenir indissoluble et constituer une obsession, l'audition colorée peut être considérée comme un stigmate de dégénérescence. Il en est de même de la gustation, de l'olfaction colorée, etc.

La seconde partie concerne l'anatomie pathologique ; le chapitre IV contient la description très détaillée des malformations auriculaires avec des mensurations anthropologiques nombreuses, des photographies et des dessins à l'appui.

Le chapitre V a trait à l'étude des centres cérébraux, de l'embryologie, du développement des organes de l'audition : il est suivi d'un assez grand nombre d'observations personnelles et recueillies dans les auteurs.

Ce mémoire se termine par des conclusions que nous résumons brièvement.

Conclusions. — La lésion essentielle réside dans les centres nerveux qu'il faut étudier indépendamment des lésions périphériques possibles. Les troubles sont objectifs ou subjectifs (hallucinations), l'auteur n'étudiera pas les seconds.

Dans les troubles objectifs, on peut observer : 1° l'absence ou la diminution de l'audition, l'*hypoacousie* chez les idiots doués de la parole et sans lésions auriculaires. Il y a deux ordres de perceptions auditives, les unes *primitives* (notions premières des bruits), les autres *acquises* qui sont le résultat de l'association des différentes impressions tactiles et qui nous permettent de localiser dans l'espace l'origine d'un bruit. Les fonctions accessoires d'orientation et d'accommodation sont viciées chez l'idiot.

L'audition de la gamme des sons, la mémoire musicale sont, au contraire, souvent très développées chez les idiots.

2° L'*hyperacousie*, due à la réaction disproportionnée à l'excitation, et comparable à la photophobie.

L'examen de l'appareil auditif peut révéler une affection du tympan, sclérose, catarrhe, suppuration ; le conduit auditif externe, la trompe d'Eustache peuvent présenter de l'atrésie, des vices de développement.

Il y a une relation entre les altérations centrales et les altérations périphériques.

Inversement (idiotie dite périphérique), à l'altération sensorielle peut correspondre l'atrophie des centres inutilisés.

Les causes de l'audition imparfaite connues, il faut y remédier par des méthodes pédagogiques et le traitement local approprié au besoin.

Application de la musique, chant, rythme mnémotechnique.

En résumé, l'imperfection de l'audition tient surtout à l'arrêt de développement cérébral.

Les idiots et les imbéciles forment des jugements incomplets sur leurs impressions auditives, les impressions ne suscitent pas l'idée parce qu'il manque l'attention avec laquelle commence véritablement la vie de l'intelligence (Esquirol).

Certes, le sujet proposé pour le concours était des plus ardu à traiter. Le mémoire présenté peut-il être considéré comme ayant triomphé victorieusement des difficultés ?

Sans nous attarder ici à des critiques de détail, nous dirons simplement qu'à côté de qualités incontestables, il présente de nombreuses déficiences. Il dénote évidemment chez l'auteur des connaissances très étendues et très variées dans les diverses branches des sciences médicales : le travail de littérature et de recherches personnelles y est considérable, et certainement l'auteur eût pu faire quelque chose de très intéressant avec la somme de travail que lui a coûté son mémoire. Malheureusement, un défaut capital, c'est le manque d'une idée directrice, avec des digressions incessantes et souvent très longues, faisant perdre de vue le sujet principal du chapitre en lecture. En un mot, ce mémoire renferme des documents nombreux et intéressants, mais ils ne sont qu'incomplètement digérés, peu coordonnés ;

il manque la mise au point qui eût pu faire de ce recueil de notes un excellent ouvrage.

Aussi, en égard à ces diverses considérations, votre commission a-t-elle été unanime à penser que si l'on ne pouvait attribuer au mémoire proposé le prix Belhomme, ce n'était d'autre part que justice de lui décerner une mention très honorable avec une récompense des deux tiers de la valeur totale affectée à ce prix.

Messieurs, votre commission avait encore une autre mission, celle de choisir un sujet pour le prochain concours du prix Belhomme. Voici celui que nous avons décidé de soumettre à votre approbation : *Du traitement hygiénique et pédagogique de l'idiotie (arriérés, débiles, imbeciles, idiots)*.

Les conclusions du précédent rapport sont adoptées : le prix Belhomme n'est pas décerné ; une mention très honorable, avec une somme de 400 francs, est accordée à MM. Bonnet et Marie, médecins-adjoints des asiles d'aliénés.

Rapport sur le prix Aubanel.

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Messieurs, la commission du prix Aubanel composée de MM. Briand, Charpentier, Faïret, Joffroy et René Semelaigne m'a chargé de vous présenter un rapport sur les mémoires soumis à son appréciation. Les concurrents avaient à traiter la question suivante : Des rapports de l'ataxie locomotrice progressive et de la paralysie générale. Nous avons eu deux mémoires à examiner. Un troisième concurrent s'était présenté, mais il nous adressait sa thèse inaugurale ; les règlements sont formels, et n'autorisent pas les compétiteurs à faire connaître leur nom.

Le mémoire n° 1 a pour épigraphe ces vers de Gresset :

On l'emporte souvent sur la duplicité
En allant son chemin avec simplicité.

Le mémoire n° 2 porte comme devise : *Fac et spera.*

Je vais d'abord vous en donner un court exposé, puis je les opposerai l'un à l'autre, car ils diffèrent à tous les points de vue, comme plan, idées générales, exécution

et conclusions. Pourtant ils offrent un point commun : les deux auteurs ont fait également preuve de bonne volonté, de courage et d'intelligence. Si le succès n'a pas absolument couronné leurs efforts, on ne doit pas moins les féliciter. Chacun d'eux a produit un travail intéressant, et ajouté une pierre à l'édifice.

L'auteur du mémoire n° 1, après quelques pages d'historique, trace le plan auquel il s'est arrêté. « Si l'on voulait, dit-il, envisager entre eux les rapports de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale, il serait nécessaire rigoureusement de s'occuper de trois séries de faits. A une première série appartiendraient les cas où les symptômes relevant de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale ont eu une évolution contemporaine et pour ainsi dire simultanée; à la deuxième série seraient rattachés ceux où la paralysie générale a précédé l'ataxie; la troisième enfin embrasserait les faits de tabès dans l'évolution desquels le syndrome paralysie générale a fait son apparition plus ou moins tardivement. De cette façon aucun point ne serait laissé dans l'ombre. » « Mais il s'en faut, ajoute-t-il, que nous puissions poursuivre notre travail sur ce cadre. En effet, dans les deux premières séries, tantôt les symptômes ataxiques et paralytiques s'enchevêtrent au point qu'il est difficile, sinon impossible, de les nuancer, en rapportant au tabès et à la paralysie générale ce qui leur appartient; tantôt l'état mental des sujets obscurcit leur aspect objectif, ce qui amène le même résultat. » J'admets volontiers, avec l'auteur, que ces cas sont difficiles à débrouiller, mais c'est une affaire d'observation. Il n'aurait en que plus de mérite s'il avait entrepris pareille tâche, et son mémoire eût peut-être acquis cette forme clinique qui lui fait défaut. Mais il limite son étude aux faits de la dernière série, c'est-à-dire aux faits dans l'évolution desquels le syndrome paralysie générale a fait son apparition plus ou moins tardivement. Et il invoque à son appui le titre même du sujet; on nous a donné à traiter, remarque-t-il, des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale, et non l'inverse. Cette distinction me semble un peu subtile. Les rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale comprennent tous les rapports existant entre ces deux états pathologiques.

Tout rapport entre l'ataxie locomotrice et la paralysie générale existe également entre la paralysie générale et l'ataxie locomotrice. L'auteur paraît, du reste, le reconnaître ensuite, puisqu'un chapitre porte comme en-tête : Rapports des deux maladies. Il y expose successivement les rapports étiologiques, diathésiques, symptomatiques, dépeint les troubles réflexes, sensitifs, moteurs, trophiques, vaso-moteurs, intellectuels, ainsi que ceux qui intéressent l'ouïe, l'odorat, le goût, la vue, les organes génito-urinaires. Il cite à l'appui de ses diverses propositions un certain nombre d'observations recueillies par des médecins bien connus.

Le chapitre traitant des rapports anatomo-pathologiques, et celui où sont émises les considérations pathologiques, contiennent un exposé détaillé des travaux et discussions ayant trait à la question. Ce sont des pages d'histoire utiles à consulter pour ceux qui voudraient effectuer des recherches ; elles témoignent d'un grand labeur, se lisent avec intérêt, mais ne sont guère susceptibles d'analyse. Je me bornerai donc à citer les conclusions :

« 1° Il est difficile de se figurer qu'un organisme aussi complet que l'axe cérébro-spinal puisse présenter des altérations de l'une de ses parties sans que les autres ne doivent être atteintes, à un degré plus ou moins avancé.

« 2° L'identité du processus sclérotique du tabès et de la paralysie générale et sa très fréquente constatation chez des sujets d'abord ataxiques, puis paralytiques, ne permettent pas plus de différencier la nature des deux maladies que l'alternance ou la succession des symptômes médullaires et encéphaliques n'autorisent à les envisager comme deux maladies distinctes à un moment donné ; car la différence dans les symptômes ne traduit en réalité que la différence du siège des lésions.

« 3° L'étiologie souvent commune au tabès et à la paralysie générale, s'appuyant sur une prédisposition spéciale individuelle, peut expliquer comment, les causes occasionnelles aidant, l'affection sclérotique qui les engendre peut limiter en apparence son champ d'action, soit à la moelle, soit au cerveau, ou les envahir successivement ou simultanément. »

A ce travail est joint un tableau annexe des observa-

tions d'ataxiques devenus paralytiques ; sur les trente-quatre observations, trois sont personnelles.

Je passe au mémoire n° 2. L'auteur nous présente le résultat des observations des malades qu'il a pu examiner dans le courant de l'année 1892. Il a dû se borner à notre les seuls résultats que peut fournir l'examen clinique, un seul de ses malades étant mort dans l'année, et la famille ayant formé opposition à l'autopsie. L'auteur admet trois catégories de sujets ; dans un premier groupe il comprend les cas dans lesquels il y a en propagation ascendante de la lésion, c'est-à-dire ceux qui, caractérisés au début par des symptômes d'ataxie locomotrice, ont offert dans la suite ceux de la paralysie générale ; dans la deuxième classe, nous trouvons les malades nettement paralytiques au début, offrant ensuite des symptômes d'ataxie locomotrice ; dans la troisième catégorie sont placés les cas où il y a coïncidence des deux maladies. Cette classification s'appuie sur un certain nombre d'observations personnelles.

Un court chapitre rappelle les discussions à la Société médicale des hôpitaux sur le tabes et la paralysie générale. Le mémoire se termine par les conclusions suivantes : « 1° Il existe manifestement une paralysie générale à forme médullaire, dans laquelle de véritables symptômes d'ataxie locomotrice, capables d'induire le clinicien en erreur, ont précédé parfois d'un an et même de deux ans l'éclosion des symptômes cérébraux classiques.

« 2° Ces cas étaient pour la plupart des cas d'ataxie locomotrice fruste, dans lesquels il aurait été plus rationnel de dire que, en l'absence d'un cortège symptomatique suffisant, on ne pouvait asseoir fermement le diagnostic, mais dire seulement que l'affection avec laquelle ils offraient la plus grande analogie était le tabes dorsal.

« 3° Il existe un nombre assez considérable de cas dans lesquels l'ataxie locomotrice s'est manifestée par un nombre suffisant de symptômes pour que le diagnostic ne fût pas hésitant. Ces derniers offraient, dans les exemples que nous avons rencontrés, une évolution toute différente de celle observée dans les cas que nous avons mentionnés en premier lieu. Les malades qui

présentaient ces symptômes en étaient atteints depuis un nombre d'années variant de quinze à vingt ans ou un peu moins. Leur ataxie locomotrice était sinon arrêtée, du moins stationnaire, depuis de longues années, quoique reconnaissable, quand les symptômes de paralysie générale sont survenus. L'ataxie locomotrice n'a pas rétrocedé dans ces cas, comme dans ceux mentionnés dans notre conclusion n° 1. Bien au contraire, les symptômes en sont restés perceptibles, sans exagération, mais aussi sans rétrocession, tandis qu'évolue la paralysie générale.

« 4° L'anatomie pathologique ne nous permet pas de conclure d'une façon catégorique ; nous devons cependant conclure que l'opinion dualiste cadre bien mieux avec certains de nos faits cliniques, que l'opinion qui identifie les deux maladies. »

Messieurs, nous nous trouvons donc en face de deux mémoires, sérieux et travaillés, mais absolument dissemblables. L'un est une œuvre de cabinet, l'autre une étude clinique. Le mémoire n° 1 nous offre une collection d'observations assez nombreuses, mais empruntées aux auteurs, copiées ou analysées, et peu d'observations personnelles. L'historique est assez complet, et il y a une étude anatomo-pathologique bien faite. Mais le côté clinique laisse à désirer. L'auteur conclut d'une manière absolue en faveur de l'opinion qui admet l'unité des lésions anatomiques dans l'ataxie et la paralysie générale. Ce travail pêche donc par le côté clinique ; il confond toutes les formes en une seule ; quel que soit le mode de début, par la moelle ou par le cerveau, c'est, d'après lui, la même lésion anatomique, ne différant que par la localisation.

Le mémoire n° 2 forme un frappant contraste avec le précédent, à tous les points de vue. L'historique et l'anatomie pathologique y sont insuffisants, mais la partie clinique est bonne ; il y a un certain nombre d'observations personnelles bien prises, bien étudiées et divisées clairement en trois catégories : 1° marche ~~descendante~~ ascendante de la moelle au cerveau ; 2° marche descendante du cerveau à la moelle ; 3° coïncidence des deux maladies, ataxie et paralysie générale. Ce qui manque dans le mémoire, ce sont les autopsies ; mais on ne sau-

rait en faire un crime à l'auteur. Il serait en droit de nous dire ce qu'un candidat répondit un jour à Lasègne, qui lui reprochait vivement l'absence de nécropsies dans sa thèse inaugurale : « Je ne pouvais pourtant pas tuer mes malades pour les autopsier. » De plus, ces affections présentent une longue durée, et une œuvre personnelle et complète, à la fois clinique et anatomique, nécessiterait nombre d'années; une semblable étude, évidemment préférable, était impossible dans les circonstances présentes, avec la courte période imposée pour la confection des mémoires.

¶ Mais il est temps de poser aussi nos conclusions. Les deux mémoires, soumis à notre examen, ont exigé une somme de travail considérable; tous deux sont évidemment dignes d'être récompensés, mais aucun ne nous a paru mériter une récompense aussi grande que le prix Aubanel. Votre commission vous propose donc de ne pas décerner le prix, et d'accorder à chacun des concurrents, à titre d'encouragement, une somme de 1,200 fr.

Comme sujet pour le prix Aubanel à décerner en 1894, votre commission a l'honneur de soumettre à votre approbation la question suivante : « Des variétés cliniques du délire de persécution. »

Les conclusions de ce rapport sont adoptées : Le prix n'est pas décerné; une récompense de 1,200 francs est accordée à chacun des concurrents, MM. Samuel Garnier, médecin-directeur de l'asile de Dijon, et Berbez, interne de la Maison nationale de Charenton.

M. CHRISTIAN propose qu'en raison des inconvénients que l'anonymat peut présenter pour les concours de prix, dont les conditions sont inégales sous ce rapport, on supprime l'anonymat et on exige simplement que les travaux soient manuscrits et inédits.

La question est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à six heures.

P. SOLLIER

SÉANCE DU 29 MAI 1893

Présidence de M. CHRISTIAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Samuel Garnier, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon, remerciant la Société de la récompense qui lui a été décernée, pour son mémoire présenté au prix Aubanel.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les *Annales* de l'Ecole de plein exercice de Marseille ;

2° Le numéro de mai des *Annales de psychiatrie* et de la *Revue de l'Hypnotisme*.

M. LE PRÉSIDENT déclare vacantes deux places de membres titulaires, par suite du décès de M. le professeur Ball et de M. le D^r Pichon.

Buste de Baillarger.

M. MITIVIE. — Je désirerais savoir s'il a été pris une décision à propos du buste de Baillarger. La question est urgente, le ministère des Beaux-Arts nous ayant promis une subvention, qui ne pourra être délivrée que le jour où le buste sera installé à la Salpêtrière.

M. AUGUSTE VOISIN. — M. Lefas, directeur de la Salpêtrière, consent à ce que le buste de Baillarger soit provisoirement placé dans une plate-bande, à droite de l'allée qui mène de la grande porte à l'église. M. Peyron ayant été malade, nous n'avons pu le voir jusqu'ici, et j'attends pour aller le trouver, le retour de M. Falret.

Projet de modification du règlement des concours pour les prix.

M. CHRISTIAN. — Je propose que les mémoires puissent être signés. L'anonymat est le plus souvent illusoire et peut même, dans certains cas, présenter de

graves inconvénients. Ainsi, au dernier concours, un des candidats au prix Esquirol décrivait dans son mémoire un appareil destiné à enregistrer le tremblement de la langue chez les aliénés. La Commission aurait désiré se faire présenter l'appareil et l'expérimenter ; mais les règlements s'y opposaient, le candidat étant tenu de conserver l'anonymat.

La Société décide que les mémoires manuscrits inédits pourront être signés.

Rapport sur l'asile de Saint-Nicolas, à Sienne (Italie), d'après les plans et photographies envoyés par M. Azzurri, architecte.

M. CHASLIN. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Roussel, Falret, Chaslin (rapporteur), chargée d'examiner l'atlas que M. Azzurri, membre associé étranger, a envoyé à la Société. M. Azzurri demandait que vous voulussiez bien lui donner un avis motivé sur l'asile construit par lui aux environs de Sienne. Voici, en quelques mots, le résultat de l'examen auquel la commission s'est livrée, résultat que je vous apporte un peu tardivement, par suite de circonstances indépendantes de ma volonté.

N'ayant sous les yeux, en fait de renseignements, qu'un atlas, il est assez difficile de se rendre exactement compte de ce que peut être cet *asile-village*. Mais avant d'entrer dans les détails, il semble intéressant de relever ce fait que cet asile de Saint-Nicolas est une propriété privée établie sans subvention, ni du gouvernement, ni de la province, ni de la commune, ni même de particuliers. C'est une association, *Società di esecutori di pie disposizioni in Sienna*, qui seule l'a bâti avec ses ressources. Cette Société, autrefois compagnie de pénitents, a une origine très ancienne. Dès 1295, elle avait des statuts acceptés par l'Académie Della Crnsca, comme exemple de langage correct. Elle eut toujours une grande importance, et, au milieu des vicissitudes politiques de l'Etat de Sienne, elle s'est souvent signalée par ses bienfaits. Pierre Léopold I^{er}, en 1775, fit une réforme des institutions charitables, donnant ainsi à la Toscane une organisation qui précède de plus d'un siècle la législa-

tion actuelle sur l'assistance publique. Il confia à la Société l'administration de toutes les œuvres de Siennese, en particulier celle qui s'occupait des déments.

Le gouvernement français de 1811 supprima toutes les confréries, excepté la Société en question. En 1818, celle-ci transportait l'asile dans l'emplacement actuel.

Il nous paraît utile d'ajouter qu'elle ne s'occupe pas seulement de charité, mais aussi des progrès des sciences et des arts, car elle donne des bourses dans les différentes Facultés et dans différents collèges. Elle se compose de 40 membres, qui administrent avec le plus grand soin les fonds provenant de testaments ou de dons.

L'asile, qui datait du commencement du siècle, était devenu insuffisant, trop étroit, dès 1867.

Le professeur Livi et l'architecte Azzurri s'entendirent, chose rare et louable, pour réorganiser le manicomio. Les difficultés étaient grandes, car on n'avait alors de disponible, sur un terrain inégal, que 9,000 mètres carrés de surface. Il fut décidé de faire un bâtiment de 90 mètres de façade et de 62 de profondeur à deux étages, qui devait contenir, outre les services généraux, 500 malades, sauf les agités et les pensionnaires, pour lesquels on devait établir des édifices séparés.

En février 1870, on jeta la première pierre de cet édifice qui fut terminé en quatorze mois. En 1873, le directeur de l'asile changea, ce fut le Dr Palmerini qui fut élu à sa place ; il poursuivit de concert avec l'architecte l'amélioration de l'asile, ce qui fut possible, parce que la Société put acquérir de nouveaux terrains, ce qui porta à 95,979 mètres carrés la surface.

M. Azzurri put alors poursuivre l'exécution de son idée primitive, c'est-à-dire l'organisation d'un asile-village. L'édifice déjà élevé resta comme édifice central pour les infirmeries, les bains, l'administration, le service médical, la bibliothèque, la clinique psychiatrique, les services généraux de la cuisine, de l'office, de la boulangerie, du four, le magasin pour les denrées, les écoles élémentaires de dessin, de lecture et d'écriture, de couture et de raccommodage pour les femmes, l'habitation des sœurs, les salles de réunion, le théâtre, l'église avec appartement pour l'aumônier, des salles

d'observation pour les entrants et, enfin, les dortoirs pour les tranquilles des deux sexes.

En dehors de ce bâtiment qui fut remanié ultérieurement, on construisit séparément un quartier pour les agités des deux sexes loin de l'édifice central, un quartier pour les idiots, une salle d'autopsie, une pharmacie, un pensionnat pour les femmes situé au delà de la rue de la porte de Rome ; sur la colline Dei Servi, doit s'élever le pensionnat des hommes. On a prévu aussi, dans une partie un peu retirée, un quartier pour les maladies infectieuses avec baraques mobiles et appareils de désinfection. Mais tout cela était encore insuffisant, ce n'était pas encore la réalisation complète de l'idée de M. Azzurri, puisque son projet était de faire un village, avec liberté complète apparente des malades dans la campagne. Cependant il put s'en rapprocher notablement, en ajoutant aux bâtiments déjà construits un village pour les ateliers. C'est d'accord avec le directeur Fuaoli que ceci fut installé ; ce village d'ailleurs est rattaché aux autres bâtiments par un tramway particulier.

On y trouve une sparterie, une menuiserie, une cordonnerie, un atelier de tailleurs, une forge et une ferme. Tous ces bâtiments, comme le dit l'architecte lui-même, sont construits économiquement (les matériaux employés qui paraissent devoir être coûteux pour nous ne le sont pas en Italie) et avec la seule préoccupation du but hygiénique et sanitaire à atteindre. Je ne parle pas ici de la distribution d'eau qu'une conduite amène (à l'heure actuelle, 4,000 litres par jour), ni des égouts, les travaux étant encore en cours d'exécution. On établit aussi un projet pour une section particulière d'incarcérés sur la colline Dei Servi.

Tous ces différents bâtiments, comme on peut s'en rendre compte par les plans et vues de l'album, sont dispersés sur une longue bande de terrain qui touche d'un côté à la ville de Sienne et de l'autre à la campagne contournant la colline Dei Servi qui domine l'asile. Comme une rue coupe en deux le terrain, un passage sous terre réunit l'édifice central au pensionnat des femmes. Je n'ai pas besoin non plus d'ajouter que tout l'espace libre est converti en jardins ou en parc avec des pelouses et des arbres.

Comme nous le disions en commençant, il est bien difficile d'apprécier les qualités et les défauts d'un asile d'après de simples plans; pourtant, cette organisation de M. Azzurri, très originale et très ingénieuse, semble pouvoir donner de bons résultats. La dissémination des différentes catégories, au milieu de jardins et dans un emplacement qui touche à la campagne des environs de Sienna, est une heureuse circonstance. Mais ce qui frappe dans la disposition générale, c'est la séparation relativement peu considérable des sexes, car ils sont réunis dans un même bâtiment. Cela peut être surtout fâcheux dans le quartier des agités, où les hommes et les femmes doivent facilement entendre leurs cris réciproques. L'édifice central est bien combiné, les services généraux étant placés au centre, surtout les bains; mais l'ensemble de cet édifice paraît un peu petit, surtout les préaux, proportionnellement au nombre des malades. La séparation des pensionnats est excellente et l'existence de cellules pour les pensionnaires agités est non moins bonne. A propos d'agités, le quartier spécial présente d'heureuses dispositions: chaque malade a une cellule et une cour séparée, chose que l'on n'a pu encore obtenir à Bicêtre. Mais on peut se demander d'une part, si ces petites cours sont assez surveillées et, d'autre part, si le nombre des cellules est suffisant pour les 1,000 malades de l'asile. Etant donné que l'on pratiquerait le non-restraint, il faudrait environ une proportion de dix cellules pour cent malades. On a fort bien fait de mettre à part les idiots; mais y a-t-il un quartier d'épileptiques? On sait que le mélange de ceux-ci avec les aliénés occasionne souvent des désagréments. On ne dit pas si la section des gâteux a été placée dans un rez-de-chaussée. Y a-t-il aussi, comme le demandait Parchappe, une salle de surveillance continue pour les suicides?

Le village des ateliers est une heureuse idée; mais il semble que l'on se soit plus préoccupé du travail d'artisan que de celui des champs, cela est peut-être fâcheux. Conche-t-il quelques malades dans ces ateliers? et y a-t-il un emplacement pour un surveillant général? c'est une chose importante, car c'est là qu'il se produit le plus d'accidents.

On ne peut que louer aussi l'organisation des jardins;

pourtant, en un certain point, ils sont fermés par une grille, le long de la rue de la porte de Rome, ce qui est un inconvénient. On n'indique pas d'ailleurs non plus s'il y a du terrain réservé à la culture, quoique cela soit probable par l'examen des plans. Enfin, on ne saurait trop approuver l'idée de réserver un emplacement où l'on puisse, en cas d'épidémie, construire des baraques isolées et faciles à détruire après leur utilisation temporaire.

Tels sont, en peu de mots, les remarques que l'on peut faire, étant données les conditions où nous sommes placés, sur un projet, déjà exécuté en grande partie, qui fait le plus grand honneur à l'architecte M. Azzurri et à la Société particulière qui fournit l'argent nécessaire. Votre commission pense que l'asile de Saint-Nicolas de Sienne constitue, au point de vue de la distribution des bâtiments, un véritable modèle où il manque vraisemblablement peu de choses.

Ce n'est d'ailleurs qu'en fonctionnant que le nouvel asile révélera ses imperfections (il y en a toujours); mais son architecte pourra certainement les corriger. En tout cas, on ne sait que louer le plus, de l'originalité du plan ou de l'esprit pratique de cet architecte exceptionnel qui a si bien su comprendre l'esprit dans lequel doit être bâti un asile. Tout a été disposé en vue du but à atteindre, la garde et le traitement des aliénés; rien, d'après ce que dit M. Azzurri, n'a été sacrifié de l'essentiel, pour satisfaire aux apparences du luxe, comme cela arrive si souvent chez nous. Votre commission vous propose, Messieurs, de voter à M. Azzurri des remerciements pour l'honneur qu'il a fait à la Société en lui demandant son avis, et des éloges si bien mérités pour le talent remarquable qu'il a mis au service de cette charitable Association de Siéne dont l'exemple pourrait être suivi avec fruit ailleurs aussi qu'en Italie.

Les conclusions du rapport de M. Chaslin sont adoptées et devront être adressées à M. Azzurri.

De la mélancolie chez la femme, produite par la stérilité du mari.

M. AUGUSTE VOISIN. — J'ai en l'occasion d'observer trois faits de ce genre, qui m'ont paru assez intéressants.

On dit trop souvent peut-être de ménages chez lesquels il n'y a pas d'enfants, que la cause en dépend d'une maladie de la femme. Or, j'ai pu constater qu'en dehors des vices de conformation extérieure des organes génitaux de l'homme et des noyaux épididymaires et des atrophies testiculaires, il existait des états pathologiques du sperme qui rendaient impossible la fécondation.

Le premier cas est relatif à une dame, près de laquelle j'ai été appelé, en 1881, pour une mélancolie des plus profondes avec cachexie, dont la cause déterminante était le chagrin profond qu'elle avait de ne pas avoir d'enfant. Voici quelques particularités sur son état moral et physique : Maigreur considérable. Sécheresse de la peau. Rides des plus profondes de la face. Œdème des pieds. Constipation. Marche très difficile. Toux fréquente, grasse, avec expectoration de mucus clair sans signe de tuberculose. Mutisme à peu près absolu. Passe son temps à marmonner des prières, à écrire aux siens et à se laver les mains. Elle ne peut prendre un médicament sans faire le signe de la croix. L'alimentation est difficile à cause de dysphagie et de douleurs épigastriques.

Quantité d'urine des plus faibles, 250 à 300 grammes au plus par vingt-quatre heures.

Son mari, de forte taille, avait l'apparence de la plus belle santé.

La malade avait été examinée pendant plusieurs années après son mariage, au point de vue de la conformation de ses organes génitaux internes et externes, et l'on n'avait rien découvert qui expliquât l'absence de grossesse.

L'état grave dans lequel je l'ai trouvée ne put être enrayé et elle succomba un mois après que j'eus été appelé auprès d'elle, dans un état comateux et de collapsus.

J'ai su depuis que l'état mélancolique pouvait présenter une prédisposition héréditaire (frère épileptique); mais il m'a bien paru que le chagrin qu'elle avait eu de ne pas avoir d'enfant était la cause déterminante.

Son mari s'est remarié trois ans après, avec une femme parfaitement constituée. Deux ans après le mariage, cette dame n'avait pas encore d'enfant et elle en-

éprouvait un profond chagrin. Le mari s'inquiéta d'autant plus de cet état moral qu'il se souvenait de la maladie de sa première femme, et que cette seconde arrivait à perdre le sommeil et l'appétit, se désolant à tout instant, allant raconter sa peine à sa mère. Un examen des organes génitaux internes permit de constater que rien chez elle ne paraissait s'opposer à une grossesse.

J'examinai alors le mari, je m'assurai qu'il ne présentait aucun vice de conformation des organes génitaux externes ni aucun noyau épididymaire. Je lui proposai d'examiner son sperme. L'examen que j'en fis quelques jours après m'apprit : 1° qu'il n'y existait aucun spermatozoïde ; 2° qu'on y voyait quelques ovules ; 3° un assez grand nombre de cristaux jaune orangé ; 4° et du phosphate de chaux sous forme de poudre amorphe granuleuse.

De plus, je fis analyser l'urine et il fut reconnu qu'elle renfermait une certaine quantité d'oxalate de chaux sous forme de cristaux incolores, brillants, octaédriques, offrant l'aspect de petites enveloppes de papier à lettres. En présence de cet état oxalrique, j'ordonnai à ce monsieur de se rendre aux eaux de Contrexéville, en le recommandant au D^r Thierry. Il y fit deux saisons, la première année, séparées par un intervalle d'un mois. Sous l'influence de ce traitement, la quantité d'oxalate de chaux diminua considérablement et, trois mois après, je constatai dans son sperme la présence d'un plus grand nombre d'ovules et de quelques têtes de spermatozoïdes. Ce monsieur retourna faire une troisième saison à Contrexéville l'année suivante et, deux mois après, je constatai la présence d'un certain nombre de spermatozoïdes parfaitement formés.

Un an après, sa femme était enceinte et, depuis, il a eu trois enfants.

Le second cas est relatif à une femme âgée de vingt-cinq ans, qui, mariée depuis quatre ans, n'avait pas encore d'enfant et était dans un état de dépression mélancolique qui avait amené un état de maigreur et d'irritabilité qui inquiétait toute sa famille. Elle ne cessait de parler à son mari de ce qu'elle n'avait pas d'enfant ; elle lui faisait des scènes constantes, mangeait irrégulièrement et dormait à peine. On la trouvait pleurant,

et se désolant, sans qu'aucun plaisir de famille ou de société pût l'en distraire. Son mari paraissait d'une bonne constitution, quoique maigre. C'était un homme intelligent et occupant une position sociale assez élevée. Sa femme avait été examinée à plusieurs reprises par des sages-femmes et des médecins qui n'avaient trouvé rien d'anormal dans la conformation de ses organes génitaux internes et externes. Le mari lui-même ne me présentait rien de particulier dans ses organes génitaux externes. Aussi, prévenu par le cas précédent de la possibilité d'une stérilité de son fait, j'examinai son sperme et je n'y trouvai ni spermatozoïdes ni ovules. Je fis faire l'analyse de l'urine et je sus alors qu'elle renfermait une notable quantité d'oxalate de chaux sous forme de cristaux incolores, brillants, octaédriques, sans aucun rhomboïdre d'acide urique ni de granulations d'urate de sonde. Ni albumine, ni sucre, ni bile, 29 gr. 50 d'urée et 3 grammes d'acide phosphorique par litre. Réaction acide. Densité 1026,5.

J'ordonnai à ce monsieur de boire chaque jour 1 litre, d'eau de Contrexéville. Deux mois après, l'examen du sperme donnait toujours un résultat négatif au point de vue de sa faculté fécondante. L'urine renfermait toujours de l'oxalate de chaux en même quantité et en outre du phosphate de chaux sous forme de poudre amorphe granuleuse. En présence de ce résultat, j'envoyai ce monsieur à Contrexéville prendre les eaux. Le médecin de Contrexéville constata aussi dans l'urine la présence de cristaux d'oxalate de chaux. Deux mois après son retour, quelques ovules existaient dans le sperme. Je lui conseillai de continuer pendant tout l'hiver l'usage de l'eau de Contrexéville et de retourner dans cette station au printemps. C'est ce qu'il fit. Dès le printemps, il y retourna et fit deux saisons avec un intervalle de quinze jours.

Un mois de juillet, il me donna de nouveau de son liquide séminal et j'y trouvai un certain nombre de spermatozoïdes bien organisés et parfaitement vivants. Avant la fin de l'année, sa femme était enceinte et elle a eu depuis cinq enfants. Son état mélancolique a disparu absolument dès qu'elle a acquis la certitude de sa première grossesse.

J'ai été tout récemment consulté pour une dame dont l'état moral ressemble, à peu de chose près, aux deux autres et dont la cause est la même (goutte, oxalurie du mari avec absence absolue de spermatozoïdes). Il est soumis au même traitement que les deux autres, et j'espère que le résultat sera le même.

M. BLANCHE. — La communication de M. Voisin, est des plus intéressantes. Il ne m'a pas été donné d'observer des cas semblables, mais j'ai eu à traiter, dans le cours de ma carrière, trois accès d'aliénation mentale survenus chez des femmes, dont les maris n'avaient pas rempli le devoir conjugal.

La séance est levée à cinq heures un quart.

RENÉ SEMELAIGNE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

La Psichiatria.

ANNÉE 1887.

I. — *Du hachisch et de son action sur l'organisme humain*; par le D^r Bruno Battaglia (fascicule 1). — L'auteur a étudié son sujet en Égypte, au cœur d'une population dont l'élément maseulin, sans exception, s'adonne à l'usage du chanvre indien. Les expériences personnelles faites par lui ou ses devanciers n'avaient aux yeux de M. Battaglia qu'une valeur médiocre : autre chose est, par exemple, étudier l'action de l'aleool sur soi-même, quand on n'a pas l'habitude d'en user, ou bien se livrer aux mêmes observations dans un milieu dès longtemps soumis à l'influence délétère de ce liquide. La vie intellectuelle n'existe guère pour l'Égyptien ; indolent par nature, ses besoins sont purement physiques, aussi bien que ses plaisirs : au premier rang de ceux-ci figure l'amour. Pourvu de quatre femmes légitimes et d'un nombre indéterminé de concubines, c'est dans le hachisch qu'il trouve et qu'il recherche l'excitant nécessaire à l'accomplissement de ses multiples devoirs. Le hachisch se fume ou se mange ; son action physiologique est quelque peu différente, selon le mode d'absorption.

Les fumeurs d'habitude éprouvent, à satisfaire leur passion, un bien-être tout particulier auquel se joint un désir marqué de rester tranquilles et repliés sur eux-mêmes. Qu'un tiers les invective, cependant, ils lui chercheront facilement querelle, mais seulement en paroles, sans bouger de leur place, tant est grande leur répugnance à faire le moindre effort ; que leur interlocuteur prenne un ton impérieux, ils se taisent sur le champ. Le matin, ils le confessent eux-mêmes, ils seraient, à leur lever, incapables du plus minee travail, sans le secours de leur

pipe; pour pouvoir se rendre utiles dans la journée, il faut qu'ils aient fumé un peu de chanvre.

En somme, quand ces gens-là ne fument pas, ils se sentent impuissants de toutes façons; quand ils fument, ils perdent jusqu'au dernier vestige de volonté. En outre, dans le premier cas, leur mémoire s'affaiblit, ils éprouvent un abattement qui se rapproche de la mélancolie simple; la circulation devient lente et sans force... S'ils retournent au hachisch, tous ces symptômes disparaissent rapidement pour faire place à l'état normal. En aucun cas, les fumeurs n'éprouvent d'hallucinations; seule, la sécrétion sudorale diminue chez eux, de plus en plus, jusqu'à la suppression complète, si bien que leur peau finit par se montrer absolument sèche, durant même les plus fortes chaleurs de l'été. La physionomie du fumeur de chanvre est caractéristique: elle tient de la stupidité vulgaire et de l'ahurissement; quant à l'aspect, c'est celui d'un hydrémique, d'un homme atteint de cachexie paludéenne. La forme mentale dans laquelle ils versent souvent est la mélancolie chronique sans délire, et plus fréquemment encore la démence apathique. A l'asile, ils végètent, accroupis dans un coin de salle, durant des mois et des années, indifférents à tout et à tous, sauf au hachisch, dont le nom seul amène un sourire sur leurs lèvres. Les fonctions de la vie végétative s'accomplissent normalement; ils n'éprouvent aucune hallucination, et aucun trouble spécifique de l'intoxication dont ils sont victimes n'est à relever chez eux.

L'action du même produit est toute différente chez les amateurs qui l'absorbent par la bouche; c'est sous forme de dragées, bonbons, confitures, etc., qu'on le prend alors, d'ordinaire. Le mangeur de hachisch semble être sous le coup d'une excitation générale confinant à l'ivresse; le poulx s'élève, la physionomie est animée et joyeuse, les lèvres sourient et babillent, les paroles et les actes témoignent d'un haut degré de satisfaction et d'orgueil; dans cet état, impatient de la moindre contradiction, notre homme est facilement agressif... Au début, les idées sont plus nettes, plus vives, plus colorées, mais restent normales et s'enchaînent logiquement; la mémoire surexcitée fait revivre avec précision d'anciens souvenirs confus ou même effacés: le *hachasch* (1) voit la vie en rose. C'est une phase de courte durée. Des hallucinations de l'ouïe, et plus souvent de la vue, ne tardent pas à intervenir: quelques-unes sont agréables, d'autres

(1) Au pluriel: *hachaschin*, — consommateur de chanvre.

pénibles, au contraire, notamment celles du type de persécution. Ces dernières se rencontrent plutôt chez les personnes coutumières à la fois d'excès alcooliques et cannabiques, et, en particulier, chez les Nubiens, qui font usage d'une espèce de bière additionnée de hachisch. L'apparition de troubles sensoriels est le signe d'une intoxication avancée; rien dans l'habitus des mangeurs de chanvre ne rappelle plus la brillante période initiale: les idées perdent leurs rapports normaux; elles deviennent vagues, incoordonnées, sans consistance; les actes de l'individu revêtent les mêmes caractères; sa mémoire s'affaiblit, au point que des habitudes invétérées lui deviennent étrangères; il perd jusqu'au chemin de son domicile, erre par les rues, ayant oublié toute notion de distance et de direction, et manifeste bruyamment. Son odyssée se termine à l'asile, dans la plupart des cas. Là, c'est le régime hygiénique qui lui réussit le mieux.

Le cannabisme a, comme on voit, bien des points de ressemblance avec l'alcoolisme. Il en diffère, cependant, par des côtés essentiels. Tout d'abord, il ne s'accompagne jamais de phénomènes paralytiques; en second lieu, « sauf un léger état d'hydrémie, on ne rencontre, chez le hachisch, aucune lésion viscérale ou vasculaire; le hachisch donc, contrairement à l'alcool, n'irrite pas les voies de passage dans l'organisme; son action s'exerce uniquement sur les fonctions psychiques sans laisser, dans le tissu nerveux, de traces appréciables au microscope.... Ce qui, jusqu'à plus ample informé, semble autoriser à conclure que le toxique, sans altérer la morphologie des cellules nerveuses, en modifie seulement le type fonctionnel, par changement, sans doute, de leur structure chimique ou moléculaire. »

Les formes mentales auxquelles donne lieu l'abus du chanvre indien sont: la manie, la lypémanie et la démence. La première seule est curable, *sublata causa*; la séquestration constitue donc le meilleur moyen thérapeutique à mettre en œuvre. Malheureusement, semblable à nos ivrognes d'Europe, le cannabique, à peine guéri, ne tarde pas à retomber dans son péché d'habitude. Une longue détention, lorsqu'il s'agit de débutants, peut seule offrir quelques chances de succès.

Jamais le Dr Battaglia n'a vu d'accidents mortels directement imputables au hachisch.

II. — *La démarche et les réflexes rotuliens dans la paralysie générale; leurs relations avec les lésions du sciatique et de la moelle épinière*; par le Dr Joseph d'Abundo (fascicules 1; 2, 3

et 4). — L'examen de l'auteur a porté sur cent trois cas dont quarante-huit suivis d'autopsie. La plupart des malades ressortissaient au type clinique ordinaire et parcouraient la phase moyenne de l'affection. Se basant sur le mode processionnel rencontré chez eux, M. d'Abundo les a répartis en trois groupes : 1° *paralytiques à démarche ataxique cérébrale* ; 2° *paralytiques à démarche ataxique spinale* ; 3° *paralytiques sans caractères propres à l'une ou à l'autre des précédentes variétés*. La première est celle qui renferme le plus d'individus, celle que l'on observe le plus communément. Un des sujets qui la composent étant debout et au repos, le phénomène immédiat qui sollicite l'attention consiste dans une série de contractions musculaires subintrantes, pour ainsi dire, et siégeant plus particulièrement à la jambe ; la cuisse en a aussi sa part. Elles se produisent, d'ordinaire, par muscles isolés et sans aucun rythme. Lorsque le malade en expérience joint les pieds, ces contractions augmentent au point que, le tronc venant à osciller, il se voit forcé d'écarter les jambes pour augmenter la base de sustentation nécessaire à son équilibre. Si on lui bouche les yeux, la tremulation générale devient telle qu'une chute, alors, est inévitable. En ce qui concerne la marche, il y a lieu d'en étudier trois expressions : a) *Progression ou marche en avant*. Le sujet avance avec circonspection, comme s'il avait à surmonter quelque résistance musculaire ; il suit une ligne sinueuse ; fréquemment, son pied heurte le sol avec une force supérieure à celle qu'il y a lieu de déployer ; les membres supérieurs sont éloignés du tronc et semi-rigides. Si on l'invite brusquement à retourner sur ses pas, et que ses facultés lui permettent encore de comprendre et d'obéir, on constate, durant l'accomplissement de cet ordre, un degré remarquable d'instabilité. Si on le laisse aller, sa vitesse augmente progressivement ; un demi-tour lui est alors presque impossible, vu la force de propulsion qui l'entraîne. Les mêmes expériences, répétées les yeux bandés, donnent des résultats semblables, mais à un degré plus accentué. b) *Rétrogression*. Ce *modus eundi* s'effectue avec une extrême lenteur ; le malade tourne fréquemment la tête ; il pose le pied à terre sans le fléchir ; les jambes sont rapprochées, les pas petits ; les contractions musculaires, déjà mentionnées, se produisent encore ici, les muscles affectent une certaine rigidité ; la respiration est courte, superficielle. Parfois, les pas s'allongent et s'accélèrent ; le dos s'incurve en arrière de plus en plus, et le patient tomberait si l'on n'accourait le soutenir. Avec les yeux

bandés, la rétrogression devient difficile; le pied traîne sur le sol, qu'il ne quitte pas, les jambes s'entrechoquent, les contractions musculaires s'accroissent, la chute devient imminente.

c) *Latérogession*. Ce genre de locomotion est difficile à étudier, étant donné l'état mental de la plupart des paralytiques. Ceux chez qui on peut le déterminer, montrent à l'exécution une grande incertitude; leurs pieds s'enchevêtrent, posent l'un sur l'autre, se heurtent, etc.; d'où, chute fatale. *Réflexes rotuliens*. Ils sont toujours exagérés, parfois d'une façon extraordinaire. Il arrive aussi, mais très rarement, que l'un des deux est aboli. — 2° *Démarche ataxique spinale*. L'auteur ne l'a rencontrée que quatre fois, sur cent trois malades examinés. Les caractères de la marche, dans cette forme, sont ceux de la maladie de Duchenne; comme particularité digne de remarque, notons que les contractions musculaires, ayant leur siège au membre inférieur, ne se produisent plus par muscles isolés, comme dans le cas précédent, mais plutôt par masses d'ensemble. Signalons encore des troubles précoces de la vision, conduisant rapidement le malade à la cécité complète. *La progression* se fait en fauchant, avec production exagérée de forces; d'où une instabilité grande avec cheminement en zig-zag. Lorsque le sujet avance les yeux bandés, la chute est inévitable; de même, tout mouvement brusque à droite ou à gauche, la moindre tentative d'un tour complet sur sa base en produisent une, infailliblement. *La rétrogression* amène des résultats identiques; *la latérogession* est tout à fait impossible. Quant aux *réflexes rotuliens*, M. d'Abundo les a toujours vus abolis. — 3° *Le troisième groupe*, avons-nous vu, comprend des individus que leur démarche empêche de classer dans les catégories précédentes. Ces malades se tiennent normalement dans la station droite, même les yeux clos; mais leur équilibre laisse à désirer dès qu'un seul pied pose à terre. Les contractions musculaires « à détente », caractéristiques des types antérieurs, n'existent, pour ainsi dire, pas; elles sont à peine ébauchées, et la compression d'un muscle n'en produit pas la rigidité, comme il advient chez les paralytiques de la première série. *La progression* semble se faire régulièrement, à première vue; mais, que le sujet chemine à pas mesurés, et une certaine indécision se manifeste dans la marche, quoique à un degré peu notable; qu'il vienne à se retourner lentement, le phénomène est encore perceptible. Un fait identique signale la *rétrogression*, mais à un tel point d'intensité, qu'un arrêt brusque survient parfois; même chose

arrive dans la *latérogession*. L'équilibre, néanmoins, reste toujours parfait. Les *réflexes rotuliens* sont normaux, tantôt affaiblis, tantôt absents; M. d'Abundo ne les a jamais trouvés exagérés. Il lui est, par contre, souvent arrivé de les voir disparaître, plusieurs jours durant, chez un malade, et d'assister ensuite à leur réapparition.

Dans les quarante-huit autopsies qu'il lui a été donné de faire l'auteur a constamment relevé les lésions caractéristiques de la paralysie générale progressive. Nous n'y insisterons point et passerons de suite à l'examen microscopique, dont voici les résultats. A la *démarche ataxique cérébrale* répond, dans les *sciatiques* et leurs subdivisions, l'existence d'une névrite interstitielle chronique, très variable d'intensité; elle apparaissait, en général, d'autant plus nette que la maladie mentale s'était montrée plus lente dans son évolution; la périnévrite, quoique peu marquée d'habitude, accompagnait toujours l'endonévrite; l'épaississement des parois vasculaires, bien que manifeste, fut toujours rencontré moins considérable que dans la forme ataxique spinale; l'atrophie et la dégénérescence des tubes nerveux étaient de règle, consécutivement à la névrite interstitielle. Les altérations de la *moelle*, toujours identiques, consistaient dans une prolifération de la névroglie, plus prononcée vers les cordons latéraux, surtout au niveau des faisceaux pyramidaux croisés; les points d'élection siégeaient dans les parties cervicale et dorsale. Ici encore, les troubles vasculaires revêtaient un caractère d'intensité moindre que dans la variété ataxico-spinale. Le canal épendymaire s'est constamment trouvé oblitéré. Il existait souvent un rapport intime, entre le degré des modifications pathologiques relevées dans les cornes postérieures (atrophie des éléments nerveux, prolifération de la névroglie, etc.) et la gravité des troubles trophiques eutanés observés sur le vivant.

En ce qui concerne le second mode processionnel, les résultats ont été les suivants (deux autopsies seulement purent être faites sur quatre cas): très légère névrite interstitielle des *sciatiques* et des autres nerfs du membre inférieur; dégénérescence, par petits groupes, des fibres nerveuses; lésions vasculaires des plus prononcées (péri et endartérite), ayant amené en bien des points l'imperméabilité du vaisseau. Dans la moelle, les troubles portaient plus spécialement sur la zone radiculaire postérieure: sclérose des cordons latéraux plus marquée dans les segments dorsal et lombaire; inversement, sclérose des cordons

postérieurs, surtout dans la portion cervicale; prolifération névroglitique dans les cornes postérieures, avec dégénérescence des éléments nerveux; vastes lacunes; lésions vasculaires notables.

Sur les vingt-deux sujets appartenant au troisième groupe, deux seulement ont fourni l'occasion d'un examen néeropsique: ils présentaient de l'atrophie médullaire en masse, sans aucune autre modification; leurs sciatiques étaient normaux.

En résumé, dans le type dit ataxique cérébral, prédomineraient l'altération des cordons latéraux de la moelle et une névrite interstitielle plus ou moins intense du sciatique et de ses branches. A la forme ataxique spinale, correspondraient des lésions médullaires siégeant dans les cordons postero-latéraux et une névrite parenchymateuse du sciatique. Quant au troisième groupe, il reste encore, dans son essence anatomo-pathologique, insuffisamment déterminé.

III. — *Sur la transmission de la rage par la voie des nerfs. Étude clinique et expérimentale*; par les D^{rs} A. di Vesta et G. Zagari (fasc. 2 et 3). — Contrairement à l'opinion de Pasteur et de son école, pour qui, dans la plupart des cas, l'absorption du virus rabique se ferait par la voie du courant sanguin, les auteurs, revenant à la théorie nerveuse, admettent, de par leurs observations, que l'infection progressive suivrait les trajets nerveux « à la façon d'une culture de microbes sur un fragment de pomme de terre ». Voici sur quelles bases ils ont assis leur manière de voir.

1° Etant donné un lapin inoculé selon la méthode pasteurienne, sous la dure-mère, on observe qu'en un moment donné, le bulbe de l'animal est virulent, tandis que la portion lombaire de la moelle ne l'est pas. L'expérience le démontre.

2° La marche de la température, chez le même animal, détermine un graphique véritablement caractéristique, lequel se reproduit toujours dans les mêmes conditions: une élévation thermique se manifeste du cinquième au septième jour. Après quoi, une chute brusque survient, en même temps que les premiers symptômes de paralysie. La physionomie de l'animal est comme hébétée durant le stade pyrétique, sa tête branle, ses oreilles prennent des positions bizarres; s'il s'agit d'une femelle pleine, elle avorte, d'habitude. Ce n'est donc plus la paraplégie, mais bien cet état singulier dont elle est précédée, qui signalerait le moment précis de l'intoxication.

3° Les expériences faites avec du sang recueilli avant la paralysie ont été négatives. Il est donc toujours permis de

conclure qu'il y a un instant (que déterminent diverses particularités, entre autres l'élévation de la température), où, chez un lapin trépané, aucune trace de virus ne se rencontre dans le sang, alors que, dans le segment supérieur de la moelle, le virus existe déjà. La propagation se ferait le long de l'axe cérébro-spinal à la façon d'une culture de microbes.

4° Cette dernière proposition trouve sa preuve dans ce fait, qu'on peut rendre enragé un animal, par injection directe du virus dans l'épaisseur même d'un de ses nerfs. Quarante-huit expériences ont confirmé cette manière de voir; les témoins, inoculés tantôt au sciatique, tantôt au médian, sont tous devenus hydrophobes; leur bulbe, après la mort, a pu, par la voie méningée, communiquer la rage à d'autres lapins, à des cobayes, à des chiens. Il est donc permis d'affirmer que *ce nouveau procédé donne la rage au lapin, avec une certitude aussi grande que celui dit de la trépanation.*

5° La durée de l'incubation est un peu plus longue, généralement, dans la nouvelle méthode; elle a été de dix-huit jours, en moyenne, pour neuf lapins inoculés avec le virus des rues; de neuf jours pour vingt-sept autres témoins soumis au virus fixe. D'autre part, *l'infection est d'autant plus sûre et l'incubation d'autant moins longue que l'infection a plus complètement atteint le parenchyme nerveux.* Dans les cas où l'inoculation n'a porté que sur la gaine nerveuse, on a noté un retard considérable des phénomènes rabiques; une fois même, l'animal ne fut pas malade. Les lymphatiques ne constitueraient donc pas la route suivie par le poison. Ce qui le démontre encore, c'est que la section du nerf *seul*, au-dessus du point d'expérience, a, dans une circonstance, prolongé l'incubation, et, dans deux autres, préservé totalement le sujet.

6° La période d'incubation cesse, pour les auteurs, dès que se manifeste une altération dans les mouvements du membre inoculé, *premier symptôme qui frappe l'œil.* L'expérience ayant, par exemple, porté sur le sciatique d'un lapin, on voit celui-ci claudiquer, vers le huitième ou neuvième jour, par suite de la rigidité du membre, qui ne tarde pas, ensuite, à devenir tout à fait inerte; la paralysie gagne rapidement la jambe symétrique, et l'animal progresse, dès lors, en traînant le bipède postérieur; enfin, la paralysie se propage au train de devant, avec prédominance des symptômes du côté inoculé, côté sur lequel tombe de préférence le sujet. Dès lors, il ressemble complètement à un lapin trépané. La succession des phénomènes que nous venons

d'analyser donne très nettement l'idée d'un processus à marche progressivement ascendante. Inversement, lorsque c'est le médian que l'on prend pour siège de l'inoculation, la paralysie devient descendante, et le train postérieur n'est frappé qu'en dernier lieu.

7° De tout ce qui précède, il est donc légitime de conclure que *la manière dont se diffuse le virus le long de l'axe cérébro-spinal est déterminée par les rapports qu'a celui-ci avec le siège de l'injection*. La chose est effectivement mise en lumière par une expérience analogue à celle déjà faite sur un lapin trépané. *Il y a une période où, chez un animal inoculé par la voie du sciatique, la queue de cheval est virulente alors que ne l'est pas encore le bulbe*. La réciproque est vraie pour le médian.

8° Enfin, la température, chez les lapins inoculés par voie nerveuse, donne un graphique analogue à celui fourni par les sujets trépanés; la marche est la même, à cette différence près que les oscillations thermiques persistent après l'apparition des premiers symptômes de paralysie.

Ces expériences n'ont, disent les auteurs, d'autre but que d'établir, chez les personnes victimes d'animaux hydrophobes, l'analogie entre la morsure subie et une véritable inoculation intra ou périméurique. Ainsi s'expliquerait cette particularité, que la majorité des cas de rage proviennent de blessures à la face ou aux mains. Ces parties du corps sont très riches en éléments nerveux. De même comprend-on l'exceptionnelle gravité des morsures profondes (loup), qui atteignent des filets nerveux relativement gros, et, comme tels, facilement inoculables. Admise cette théorie, la logique veut, en bonne règle, qu'un rapport existe entre le siège de la lésion et la forme clinique de la rage; c'est ainsi que, au type spinal supérieur, répondrait, chez le chien, la forme dite *furieuse*, au type spinal inférieur la forme *paralytique*. Poussant l'induction plus avant encore, il y a lieu de supposer que l'inoculation d'un nerf spécial donnerait naissance à une nouvelle variété de rage, ainsi qu'en a témoigné l'expérimentation. Le nerf vague d'un chien est soumis à l'inoculation; l'animal reste en parfaite santé jusqu'au onzième jour; dès ce moment, il devient triste et présente, parmi d'autres symptômes, de la *dyspnée* par accès et des *vomissements* qu'accompagne le *décubitus obligatoire sur le côté, siège de l'inoculation*; tout autre coucher donne lieu à des phénomènes d'asphyxie.

Passons maintenant à l'examen de quelques observations

cliniques. Un homme est apporté, le 11 novembre 1886, dans le service du professeur Cantani. Il a été mordu par un chien enragé, quelques jours auparavant. Les premiers symptômes de l'intoxication rabique ont consisté en douleur au siège de la blessure et priapisme incoëreible; puis, paralysie des deux jambes. Il mourut quinze heures après son entrée; dans ce laps de temps s'est déroulé le cortège habituel: aërophobie, oppression respiratoire, dysphagie, hydrophobie, délire. *La blessure siégeait à la jambe.* — Le 13 mai 1887, un autre individu se présente à l'hôpital: il meurt vingt-quatre heures plus tard, dans les mêmes conditions générales que le précédent; à cela près, qu'il est venu sur ses jambes, que l'excitation génésique ne s'est produite que dans la période ultime, et qu'il a succombé dans un délire furieux. *Celui-ci avait été mordu à la main.*

Les autres cas sont identiques: a) une blessure unique à la jambe donne lieu à des symptômes d'ordre spinal d'abord, de nature corticale et bulbaire en second lieu (1° excitation vésicale, satyriasis, parésie et paralysie des membres inférieurs; 2° dyspepsie, angoisse respiratoire, hydrophobie, délire, etc.); b) une morsure de la face ou des mains produit la rage classique, caractérisée par une succession de phénomènes corticaux et bulbaires si rapides, que la mort survient avant tout accident paralytique.

En résumé, tant des expériences que des faits cliniques, peuvent se déduire les conclusions suivantes:

I. — La rage peut se transmettre directement aux animaux par l'inoculation du virus dans le parenchyme nerveux; il en résulte une forme typique de rage expérimentale dont les symptômes, quelle que soit la nature du virus, sont connexes aux rapports anatomiques qu'a le nerf inoculé avec l'axe cérébro-spinal.

II. — Cliniquement, dans un certain nombre de cas essentiels de rage humaine, une relation se trouve exister entre le siège de la morsure et la forme clinique de la rage; en ce sens que, chez les gens mordus à la tête ou aux membres thoraciques, prédominent les symptômes d'ordre bulbaire ou cortical, tandis que manquent ou n'apparaissent que tardivement les phénomènes spinaux; le fait inverse se vérifie chez les sujets mordus au membre inférieur.

III. — En conséquence, la transmission de la rage par voie nerveuse, démontrée expérimentalement, trouve un nouveau point d'appui dans ces faits d'observation clinique.

IV. — *Affections oculaires et troubles visuels dans la paralysie générale progressive*; par le D^r Sgrosso, oculiste (fascicules 2 et 3). — L'examen du spécialiste a porté sur quarante-quatre malades, dont il donne l'observation détaillée. Après quoi, faisant, organe par organe, la synthèse des altérations par lui rencontrées, il présente, sous une forme générale, le résultat de ses recherches; c'est la partie essentielle de l'article.

Conjonctive. — Signalée par Thore (V. *Annales méd.-psych.*, 1844, 46), l'inflammation de cette membrane n'avait pas paru suffisamment typique aux observateurs qui, depuis, abordèrent le sujet. L'auteur l'a rencontrée dans la moitié environ de ses malades. Elle est caractérisée par son siège (paupière); la nature macroscopique du liquide sécrété (*mucus*), qui la rapproche du catarrhe oculaire; la coloration du point congestionné, lequel n'est pas, comme à l'ordinaire, d'un rouge intense, mais d'une teinte cramoisie, parfois bleuâtre; « l'absence de tous les autres symptômes qui signalent, d'habitude, la conjonctivite vulgaire ». Cette lésion se manifeste dans les périodes les plus avancées de la paralysie et disparaît avec la mort. Tous les malades n'en sont pas fatalement atteints.

Pupille. — Après un rapide historique des recherches faites par ses prédécesseurs et le rappel des chiffres trouvés par eux (Baillarger, Lasègue, Moreau, Billod, Foville, Mœli, etc.), M. Sgrosso donne le résultat de ses propres opérations. Dans 27 cas les pupilles étaient égales, inégales dans 18. (Quatre malades soumis à des instillations d'atropine pour affections intercurrentes, sont à distraire du total.) Chez 25 individus, les pupilles réagissaient convenablement à la lumière et à l'accommodation; chez 15 autres, la première fonction se faisait mal ou pas du tout; la seconde était abolie. Le diamètre pupillaire a varié entre 0^m,001 et 0^m,004, chiffres extrêmes rencontrés chez un petit nombre de sujets; 35 d'entre eux présentaient la moyennue de 2 à 3 millimètres. L'atropine donna 33 fois une dilatation complète; 2 fois une dilatation partielle due à des troubles pathologiques du tissu irien; 2 fois une dilatation régulière, mais incomplète. Dans 3 circonstances, le collyre fut sans action. L'inégalité pupillaire s'est rencontrée à toute période de l'affection, ce qui semblerait aller à l'encontre des théories de Duterque. (*Annales méd.-psych.*, septembre 1882.)

Acuité visuelle. — Sur 42 malades examinés, 7 seulement présentèrent une acuité normale des deux yeux; 5 autres

avaient un seul œil dans de bonnes conditions ; le reste souffrait d'une diminution plus ou moins notable de cette faculté.

Les sujets du premier groupe, à 2 près, traversaient les phases initiales de la maladie ; chez l'un d'entre eux même, alors que l'œil droit donnait A. V. = 1, l'œil gauche accusait une portée double. Au fur et à mesure de la déchéance physique progressive, les malades de toute catégorie ont éprouvé un abaissement notable de l'acuité visuelle, mais aucun d'eux n'est jamais arrivé à la cécité complète.

Vision chromatique. — Les premiers troubles chromatiques se rapportent d'abord au violet, puis au bleu, dont les paralytiques perdent l'impression ; viennent ensuite les autres couleurs sans ordre déterminé. Le rouge seul reste perceptible jusqu'à la fin.

Examen ophtalmoscopique. — Bien qu'en ait dit Duterque (*loco citato*), l'auteur ne saurait, après examen attentif des sujets mis à sa disposition, admettre qu'à un degré donné de la paralysie générale répondent des lésions ophtalmoscopiques précises et constantes. L'altération la plus fréquemment relevée par lui consiste en un certain degré d'atrophie de la papille, manifeste surtout dans le stade ultime de l'affection, alors que les désordres somatiques et psychiques sont très marqués. Cette atrophie n'irait jamais jusqu'à être complète. A noter encore des cas isolés de varices rétinienne, d'atrophie partielle de la choroïde, de congestion papillaire, etc... ; toutes lésions sans rapport direct avec l'affection cérébrale.

V. — *Inversion et troubles de l'instinct sexuel* ; par le Dr Guillaume Cantarano, chef de clinique psychiatrique, médecin de l'asile de Naples, etc. (fasc. 2 et 3). — Parmi les neuf observations que donne l'auteur, il en est une surtout qui offre de l'intérêt. Elle semble avoir été la raison principale de l'article et s'accompagne d'une photographie, en pied et *in naturalibus*, du nommé Za..., lequel se présente à nous sous les espèces d'un vilain drôle, maigre, osseux, noueux, tanné, pourvu d'attributs sexuels fort convenables et d'oreilles un peu trop vastes. Malgré cet extérieur peu séduisant, notre homme éprouvait des sentiments tout féminins, tels que le goût des soins domestiques, de la toilette (il s'habillait volontiers en femme), une attraction aussi vive qu'exclusive pour ses congénères, etc... Cette perversion s'était manifestée dès l'enfance. Placé à l'âge de sept ans auprès d'un cuisinier, celui-ci ne tarda pas à discerner les tendances de son jeune aide et en fit son *mignon*. Za... donne

tous les détails possibles sur cette liaison, sans rougour ni honte : elle lui paraît complètement naturelle. Cinq ans plus tard, le cuisinier se marie ; Za... se voit délaissé. Dans sa jalousie, il tente de supplanter la nouvelle épouse, et pour y parvenir, se persuade qu'il n'a rien de mieux à faire que de s'habiller en femme : ce qu'il exécute aussitôt, sans aucun succès, on le conçoit. Il quitte alors ses patrons, et, par un instinct bien orienté, prend du service dans une maison de tolérance. Là sous le vêtement féminin particulier au milieu, il se prélassé dans les salons, attendant fortune. Chose singulière en un tel lieu, il repoussa constamment les avances des prostituées qui l'entouraient, se livrant exclusivement à des hommes ; toujours passif, dans ce cas, et, par une pudeur étrange, n'admettant qu'une seule attitude : *ore contra os et inguinibus mixtis*. Toute autre lui semblait indécente. A l'aide de ses économies, il n'avait guère tardé à monter pour son propre compte une maison ; elle devint bientôt le rendez-vous assidu de bon nombre d'invertis. Là, se déroulaient des scènes renouvelées du Bas-Empire : repas de fiançailles, noces, accouchements simulés ; le tout présidé par la belle-mère ou la sage-femme indispensables. Za... s'acquittait plus volontiers du rôle d'épouse. Les choses allèrent de la sorte jusqu'au jour où notre homme, dans un accès de confiance mal placée, prêta une forte somme à quelqu'un de ses honorables compères : il ne revit plus ni intérêts ni capital, ce qui amena la ruine de son industrie. Tombé à la rue, sans ressources ni domicile, ayant totalement perdu les plus élémentaires notions du *fas* et du *nefas*, il n'hésitait pas, dans les endroits même les plus fréquentés, à solliciter les passions contre nature ou à voler ce qui lui tombait sous la main, objets futiles, bien souvent, et sans aucune utilité pour lui. La capture d'un poulet sur le grand chemin, dans une localité voisine de Naples, le conduisit en justice ; on l'y regarda comme suffisamment irresponsable pour relever moins de la prison que de l'asile. Il fut séquestré en avril 1885 ; il mourait phthisique, six mois après, conservant jusqu'à la fin les sentiments et les manières d'une femme : ses dernières paroles furent pour recommander tendrement à son entourage « les jumeaux qu'il venait de mettre au monde ».

VI. — *Troubles psychiques provoqués et entretenus par les maladies de l'oreille* ; par le professeur Vincent Cozzolino, directeur du Groupe sanitaire pour les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge, à l'hôpital clinique de Naples (fasc. 4). — Dans cet article, qui n'est autre chose qu'une leçon recueillie par le

D^r Lopez, assistant du service, l'auteur a surtout en vue les hallucinations et illusions auditives, dont il aborde l'étude, après quelques considérations sur les vertiges et les crises épileptiformes *ab aure lassa*. La pathogénie de ces derniers phénomènes est à peu près unique dans son essence, c'est-à-dire de modalité eentripète, en d'autres termes, d'origine extra-cérébrale : corps étrangers du conduit, obstruction de la trompe, otite moyenne aiguë ou chronique, etc. De là, pour les aliénistes, le devoir d'examiner attentivement l'appareil auditif de leurs malades névropathes. (Suivent des exemples de guérison empruntés à divers auteurs.) Quant aux illusions et hallucinations, il n'est pas rare d'en trouver chez des individus sains d'esprit, mais atteints de lésions diverses de l'oreille ; telles étaient, sans doute, celles ressenties par Socrate, Le Tasse, Tartarini, Luther et maint autre.

Mais, que les mêmes désordres se produisent chez des individus prédisposés à l'aliénation par hérédité, les inductions qu'ils vont en tirer les conduiront presque fatalement à la mélancolie, au suicide, à la folie systématisée. Grüber, de Vienne, assisté des D^{rs} Schläger et Jaffe, a, dans l'examen de 37 fous, atteints de lésions auriculaires, constaté que, chez 31 d'entre ces malades, l'affection locale avait précédé le trouble psychique. De son côté, M. Lannois, agrégé de la Faculté de Lyon, a observé 45 aliénés du service de M. Pierret. Il les divise en deux catégories : 1^o sujets manifestement sourds ; 2^o sujets simplement hallucinés. Parmi ceux du premier groupe, au nombre de 19, 4 étaient sourds sans hallucinations ; les 15 restants en éprouvaient. La surdité provenait de différentes causes. Le second groupe, sur 26 cas, fournit 14 hallucinés avec lésions organiques et 12 autres sans lésions perceptibles. Il semblerait donc légitime de conclure que la moitié, à peu près, des aliénés atteints d'hallucinations, subissent l'influence de quelque processus localisé dans l'oreille. Aussi, un examen minutieux s'impose-t-il pour chaque séquestré de cette catégorie, le pronostic devant se baser sur la priorité de l'une ou l'autre affection, soit mentale, soit auriculaire ; c'est à l'auriste d'élucider la question. Outre, en effet, les troubles auditifs par action eentripète, dits aéro-hydrostatiques, il en est d'autres, en sens inverse, provenant du cerveau ou de ses enveloppes ; une lente inflammation méningée peut s'étendre au névrilème de l'acoustique, et, par suite, au labyrinthe ; une pression intra-cérébrale exagérée, peut également,

amener de proche en proche des troubles hydrostatiques qui engendrent, à leur tour, des perturbations endotiques : bruits, sifflets, bourdonnements, vertiges, etc. — Les illusions et hallucinations d'origine centrifuge seraient plus accentuées, plus retentissantes, que celles d'origine centripète. (L'auteur rapporte une série de faits, soit personnels, soit étrangers à sa pratique ; ce sont, pour la plupart, des cas de psychoses guéris consécutivement à la disparition de polypes, de bouchons cérumineux, de collections purulentes, d'occlusions de la trompe, etc.)

D^r NICOLAU.

BIBLIOGRAPHIE

Syphilis et paralysie générale. Leçon faite à la Faculté de médecine de Bordeaux; par le D^r Régis. Broch. in-8°. Extrait des *Archives cliniques de Bordeaux*, 1892, n° 7.

Deux auteurs allemands, Essmarch et Jessen, déclarèrent, en 1867, que la paralysie générale était toujours d'origine syphilitique. Depuis cette époque, on a beaucoup discuté sur la valeur étiologique de la syphilis dans la paralysie générale, on a soutenu des opinions diverses, parfois contradictoires; mais il faut reconnaître qu'aujourd'hui on attribue en général un rôle très important à l'infection syphilitique dans la production de la périencéphalite diffuse.

M. Régis est un des plus fervents partisans de la thèse moderne; il l'a défendue dans les journaux et au Congrès de Rouen. Dans une leçon, enfin, faite à la Faculté de Bordeaux, et recueillie par M. le D^r Anglade, il a réuni tous ses arguments, les a classés et les a présentés à son auditoire avec son talent ordinaire. Il est utile d'appeler l'attention sur cette leçon de M. Régis; elle renferme, avec quelques documents importants, une critique parfaitement fondée de certaines statistiques médicales qui, au lieu d'élucider les questions, ne peuvent que les obscurcir davantage.

L'auteur commence par faire l'historique des opinions et des travaux des médecins qui ont abordé le sujet, et il est ainsi amené à s'occuper de suite des statistiques. C'est à la statistique, en effet, que les observateurs se sont d'abord adressés pour juger de l'importance étiologique de la syphilis. Mais les différentes statistiques présentent des écarts incroyables. Ainsi, MM. Régis et Bonnet trouvent une proportion de quatre-vingt-cinq syphilitiques sur cent paralytiques, alors que M. Dubuisson en trouve une de 3.3 sur 100. On pourrait, en consultant tous

les travaux qui existent sur le sujet, arriver à prouver que tous les chiffres intermédiaires aux deux extrêmes, 85 p. 100 et 3.3 p. 100, ont été établis par les uns ou par les autres des observateurs. En vérité, les adversaires des statistiques ont beau jeu.

Mais, pour nous faire comprendre, pour rester clair, divisons toutes ces statistiques en deux groupes : 1° les statistiques qui donnent un pourcentage élevé de paralytiques entachés de syphilis ; 2° celles qui ne donnent qu'un pourcentage plus ou moins bas de ces mêmes malades. Eh bien, M. Régis critique, et très justement, ces dernières. Je ne puis trop le dire avec lui, ce sont des statistiques erronées, illogiques, et même ce ne sont pas des statistiques.

Prenons, comme exemple, la statistique de M. le Dr Dubuisson. Je prie ce distingué collègue de me permettre de rappeler sa méthode. M. Dubuisson a compulsé les registres de l'asile de Saint-Yon pour une période de trente-huit ans. Il a trouvé que, pendant ce laps de temps, 1,574 paralytiques avaient été traités dans l'établissement. Il a compté ensuite ceux de ces paralytiques qui étaient notés comme syphilitiques, et il n'en a trouvé, avec la mention syphilis, que 52. Alors il a conclu que sur 1,574 paralytiques, il n'y en avait réellement que 52 syphilitiques, et il a admis la proportion 3.3 p. 100. Rien n'est plus erroné.

Nous savons tous la valeur médicale des notes des registres de la loi. Ces notes sont exigées par la loi dans le seul but de prévenir les fameuses séquestrations arbitraires, elles indiquent surtout la marche de l'affection chez l'aliéné en traitement, elles n'énoncent que des diagnostics grossiers. Mais, en supposant même que ces notes soient prises très soigneusement, et en vue d'en tirer plus tard des éléments pour des observations sérieuses, comment, dans nos asiles publics, savoir si un aliéné placé d'office est syphilitique ou hérédo-syphilitique, alors qu'il ne présente pas de stigmates de la diathèse ? La chose est presque toujours, pour ne pas dire toujours, impossible. On a souvent bien de la peine à savoir seulement si le malade nouveau qui arrive a eu, ou n'a pas eu, d'accès de folie antérieurs.

M. Régis a, en outre, mille fois raison quand il soutient que la recherche de la syphilis, en l'absence de tout stigmate, est chose excessivement difficile et délicate, et qu'avant de déclarer qu'un sujet est syphilitique, ou qu'il ne l'est pas, il a fallu pouvoir recueillir sur son compte tous les documents possibles.

En réalité, quand on n'a pas la conviction d'être absolument bien renseigné sur les antécédents personnels et héréditaires d'un paralytique, il faut exclure ce paralytique de toute statistique.

Eh bien, quand on opère ainsi, c'est-à-dire quand on ne tient compte que des cas certains de syphilis et de non-syphilis, on arrive toujours à voir que les paralytiques ont très souvent des antécédents syphilitiques, et cela dans tous les pays et dans tous les milieux. Telle est la première conclusion du travail de M. Régis, qui réfute victorieusement toutes les objections qu'on a opposées à cette opinion. Pour ma part, je me rallie complètement à cette première conclusion.

Laissant la statistique et passant à un autre ordre d'arguments, notre auteur cherche ensuite à prouver la nature syphilitique de la paralysie générale au moyen de considérations tirées de la clinique. C'est ainsi qu'il résume tous les cas connus de paralysie précoce, et qu'il constate que les jeunes malades sont très fréquemment entachés de syphilis héréditaire ou acquise. Il trouve aussi une preuve de sa thèse dans les exemples de paralysies générales multiples, conjugales.

J'ai noté la première conclusion de M. Régis, conclusion tout à fait légitime : « L'opinion qui fait de la syphilis la cause occasionnelle prépondérante de la paralysie générale tend à s'établir et à se généraliser de plus en plus. » Mais mon savant collègue tend à aller plus loin et à considérer la paralysie générale comme étant une affection de nature réellement syphilitique, c'est-à-dire provoquée directement par la syphilis. Je copie textuellement sa seconde conclusion : « Il ne me reste plus maintenant, pour élucider la question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis sous toutes ses faces, qu'à démontrer que les lésions de la paralysie générale peuvent être de nature ou d'origine syphilitique. C'est à l'anatomie pathologique et à la microbiologie, déjà heureusement entrées dans cette voie, à résoudre cette partie du problème qui demeure encore en suspens. »

N'est-ce pas aller un peu vite que de considérer, dès à présent, la paralysie générale comme une manifestation syphilitique? Et, d'ailleurs, cette démonstration demandée aux anatomistes et aux bactériologistes, *il ne reste plus qu'à la faire*. M. Régis en convient, et sans doute que la chose n'est pas des plus faciles. En tout cas, jusqu'à ce qu'elle soit faite, l'opinion défendue par M. Régis ne sera qu'une hypothèse plus ou moins plausible.

Mais une preuve évidente que le moment n'est pas encore venu d'être aussi affirmatif que l'est M. Régis, c'est que selon cet aliéniste lui-même, sur 100 paralytiques, il y en a 15 qui ne sont pas syphilitiques. Toujours selon M. Régis, jamais l'hérédité à elle seule ne peut produire la paralysie générale, elle ne peut que préparer le terrain, créer une prédisposition; laquelle a besoin pour fructifier d'un agent déterminant : la syphilis, dit M. Régis, lequel devrait dire cependant : la syphilis 85 fois sur 100.

En somme, le problème des rapports qui existent entre la syphilis et la paralysie générale n'est pas encore complètement résolu. M. Régis a certainement présenté des considérations importantes pour sa solution, mais il reste encore des inconnues. Personnellement, je tends à croire que le dernier mot appartiendra aux bactériologistes et que tous les facteurs étiologiques auxquels on a donné successivement la première place jusqu'à présent, la syphilis comme les autres, n'existeront plus que comme des causes prédisposantes.

CANUSET.

Il campo visivo negli alienati e i suoi rapporti colle altre sensibilità (Le champ visuel chez les aliénés ; ses rapports avec les autres modes de sensibilité); par le Dr L. Roueironi. Clinique psychiatrique de Turin (Lombroso). Extrait du *Giorn. della R. Acc. di Medicina di Torino*, 1892.

Sur 83 aliénés dont l'auteur a, naguère, étudié les divers modes de sensibilité (sensibilité tactile, générale, dolorifique, etc.), il n'en a trouvé que 55 dont l'examen du champ visuel ait pu donner lieu aux remarques suivantes, 22 femmes (manie 8, mélancolie 7, monomanie 3, épileptique 2, pellagre 2) et 33 hommes (monomanie 15, mélancolie 4, épilepsie 9, pellagre 1, paralysie progressive 4).

Manie. — Champ visuel normal dans la moitié des cas, même très étendu ; lorsqu'il est rétréci, la périphérie est d'ordinaire régulière.

Mélancolie. — Normal seulement dans 8 cas sur 11 ; rétréci 8 fois. Les cas de mélancolie où le champ visuel était normal étaient en voie de guérison ou peu graves.

Monomanie. — Normal 7 fois sur 18, ou légèrement rétréci et régulier, etc.

Epilepsie. — Normal seulement dans 2 cas sur 11, régulier dans 5 cas, etc.

Pellagre. — Normal dans 2 cas sur 3.

Paralysie progressive. — Normal dans 1 cas sur 4, rétréci dans 3, dont 1 avec périphérie irrégulière.

Les altérations du champ visuel sont loin d'être toujours accompagnées d'altérations du fond de l'œil, des milieux de la réfraction, de l'acuité, etc., ce qui démontre qu'elles sont bien plus l'expression de l'état des centres nerveux que de l'état d'un organe périphérique des sens. Aussi les altérations du champ visuel sont-elles bien plus fréquentes dans certaines maladies mentales que dans d'autres. La même observation avait déjà été faite par l'auteur, quant aux troubles de la sensibilité, dans un travail d'où il résulte que « le degré d'obtusion de la sensibilité tactile, généralc, et surtout dolorifique, est directement proportionnel au nombre des caractères de dégénérescence ». Dans le présent travail, il constate que les altérations du champ visuel sont plus fréquentes chez les dégénérés. Quoiqu'on rencontre souvent une sensibilité tactile obtuse avec un champ visuel étendu et régulier, et que, dans un cas, l'auteur ait trouvé cette sensibilité développée avec un champ visuel très rétréci, on ne peut méconnaître l'affinité profonde qui existe entre l'état de la sensibilité tactile et celui du champ visuel.

JULES SOURY.

Un fenomeno non ancora descritto nelle allucinazioni visive (Un phénomène non décrit encore des hallucinations de la vue) ; par le Dr Arnaldo Pieraccini, du manicomio de Macerata, 1892.

Le dégénéré de vingt-six ans qui fait le sujet de cette observation présentait, entre autres symptômes, un état spécial d'excitation survenant par accès, caractérisé par des idées délirantes de persécution, avec des hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût et des impulsions. Crâne subscaphoïde d'un volume inférieur à la normale, développement prédominant de la partie occipitale, front très fuyant, sinus frontaux saillants, muscles temporaux énormes, asymétrie de la face, dont les os, comparés à ceux du crâne, présentent un développement exagéré, anomalies du squelette, longueur disproportionnée des

extrémités supérieures, polychromie de l'iris, oreilles en anse, etc. Mais n'insistons que sur ces hallucinations de la vue que l'auteur n'a pu bien observer que deux fois avant la mort du malade. Il s'agit d'hallucinations visuelles qui disparaissaient dès que l'on fermait l'un des deux yeux indifféremment; ces hallucinations étaient bilatérales. Le délire (érotique, etc.) précédait les hallucinations, et les images hallucinatoires participaient naturellement de la nature des préoccupations dominantes du sujet. Mais pourquoi ces hallucinations disparaissaient-elles subitement et entièrement par l'occlusion d'un œil? Et j'ajoute que les deux observations de l'auteur ne me paraissent laisser aucun doute à cet égard. « On conçoit, dit-il, qu'il en puisse être ainsi, dans les hallucinations unilatérales, après l'occlusion de l'œil du côté halluciné, et, dans les hallucinations bilatérales, par l'occlusion simultanée des deux yeux. » Mais chez ce sujet, même en admettant que le trouble apporté dans la vision de l'ambiance ou le changement de l'accommodation puissent être capables de détruire l'hallucination, l'occlusion d'un œil laissait la voie libre entre l'autre œil et les centres encéphaliques de la vision. (Pourquoi M. Pieraccini appelle-t-il encore ces centres « sensoriels » et « intellectuels », comme s'il connaissait un substratum anatomique distinct de l'intelligence ou de l'idéation?) L'auteur propose une hypothèse : il croit que l'évanouissement de l'hallucination est dû, dans ce cas particulier, à un effet d'auto-suggestion. L'occlusion d'un œil aurait fait croire au malade qu'il ne pouvait plus voir ce qu'il voyait, et cette suggestion aurait suffi pour faire évanouir l'image hallucinatoire, ce qui, chez un imbécile, n'offrirait rien d'inadmissible. Ne sait-on pas que certains aliénés et certains animaux croient échapper aux regards en fermant les yeux? L'état mental dans lequel se trouvait le sujet au moment de ses hallucinations, sorte de projections de ses idées délirantes, excluait de sa part tout essai de contrôle et déterminait cette *cécité psychique de l'image hallucinatoire*.

Il est possible, on le sait, de modifier par la suggestion les images hallucinatoires, et l'on peut, par ce procédé, non seulement provoquer ou suspendre à volonté les hallucinations, mais empêcher la vision d'un objet réel (hallucinations négatives de Bernheim). Malheureusement, l'idée est venue trop tard à l'auteur de faire servir son malade à une nouvelle épreuve expérimentale de ces faits.

JULES SOURY.

A clinical Study of forty seven cases of paralysis agitans (Étude clinique sur quarante-sept cas de paralysie agitante); par Frédérick Peterson, M. D. New-York, 1890.

Dans ce court mémoire, l'auteur passe en revue l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de la paralysie agitante, en s'arrêtant plus spécialement sur les faits saillants des quarante-sept observations, dont quarante lui sont personnelles, qui servent de base à son travail. Il n'en ressort aucune donnée bien nouvelle. Notons, cependant, une remarque originale à propos de l'étiologie. Après avoir fait observer que l'hérédité semble étrangère à la genèse de la maladie de Parkinson, M. Peterson cite le cas d'un frère et d'une sœur qu'il suppose être un exemple de paralysie agitante à deux ou de paralysie agitante communiquée. La sœur était atteinte de ce mal depuis nombre d'années, lorsque le frère, à la suite d'excès de travail, commença à devenir nerveux et à manifester quelques tremblements intentionnels dans les doigts. La maladie fit peu à peu des progrès, pendant l'évolution desquels le patient était extrêmement préoccupé de la crainte de devenir comme sa sœur, et il semble possible à M. Peterson, qu'à force d'observer cette dernière et de se comparer à elle, il ait insensiblement gagné son mal par une sorte de contagion psychique.

A l'appui de son opinion, il cite un autre fait analogue, un double cas de paralysie agitante conjugale : M^{me} M..., âgée de cinquante-sept ans, présente depuis quatre ans les symptômes types de la maladie de Parkinson. Son mari, M. M..., âgé de soixante-sept ans, présente depuis un an un tremblement balal des mains, bientôt suivi de mouvements rythmiques dans la main droite, précisément semblables à ceux qu'on observe chez sa femme. Ce vieillard a, lui aussi, une peur extrême d'être victime de la paralysie agitante.

A. CULLERRE.

Sulla Isotonia del sangue negli alienati (Sur l'isotonie du sang chez les aliénés); par le D^r Cesare Agostini. Broch. in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria e Med. leg.*, vol. XVIII, fasc. III-IV, 1892.

Le mémoire de M. Cesare Agostini, bien que fort intéressant, ne se prête pas beaucoup à l'analyse et doit être lu directement. Il faut pourtant expliquer ce que, après Hamburger, l'auteur entend par le nom de *isotonie*. On sait que les globules

rouges perdent leur hémoglobine sous l'influence de l'eau distillée; mais la présence du chlorure de sodium, chimiquement pur, dans l'eau, peut empêcher cette dissolution de l'hémoglobine, pourvu qu'il soit en quantité déterminée, pour une quantité de sang déterminée; cette quantité varie suivant l'état du sang et elle est en rapport inverse avec le pouvoir de résistance des globules rouges à l'action de l'eau.

C'est ce pouvoir de résistance qu'on appelle isotonie et plus le titre de la solution isotonique, c'est-à-dire capable d'empêcher la perte de l'hémoglobine, est bas, plus les globules résistent et se rapprochent de la normale. Ce sont les variations de cette isotonie, dans les différentes formes de maladies mentales, qui font le sujet des recherches de l'auteur; il en déduit des conséquences importantes sur la relation réciproque du système nerveux et du sang qui réagissent l'un sur l'autre comme le montrent bien, d'une part, les anémies brusques consécutives à une émotion violente, et, d'autre part, les phénomènes nerveux qui accompagnent les anémies prolongées.

Je n'ajouterai à cette courte note que cette remarque, à savoir que des Français, que ne cite pas M. Agostini, ont fait des recherches du même genre, MM. Malassez (1873), Chanel et Lépine.

PH. CHASLIN.

Bemerkungen zu dem Aufsatz Prof. Wagner's « Ueber Krämpfe und Amnesie nach Wiederbelebung Erhängter » (Remarques sur l'article du professeur Wagner « Sur les convulsions et l'amnésie après le retour à la vie de pendus »); par P. J. Möbius. Broch. in-8°. Extrait de la *Münchener Medic. Wochenschrift*, n° 7, 1893.

Cette courte communication est une réponse et une polémique. M. Wagner pense que les convulsions et l'amnésie que l'on observe après le retour à la vie des pendus doivent être mises sur le compte de modifications du cerveau grossièrement organiques. M. Möbius, au contraire, soutient la nature hystérique de ces phénomènes, et c'est un plaisir de constater qu'il s'élève contre les représentations anatomo-physiologiques à la Meynert des symptômes cliniques. Cette discussion n'offre d'ailleurs pas la possibilité d'un compte rendu détaillé.

PH. CHASLIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Entartung (Dégénérescence); par le D^r Max Nordau, 2 vol. in-8°, viii-375 et 507. Berlin, Carl Dunker, 1892-1893.

— Le traitement de la folie; par le D^r J. Luys, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° de 834 pages, cart., à l'anglaise. Paris, Rueff et C^{ie} s. d.

— La folie à deux. Ses diverses formes cliniques; par le D^r F. L. Arnaud. Broch. in-8° de 39 pages. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, n° de mai-juin 1893.

— Arbitrio ed imputabilità (Liberté et responsabilité); par le D^r Antonio Micetti, directeur du Manicome de Pesaro. 1 vol. in-12 de 205 pages. Pesaro, 1886.

— Manicomio di Cagliari. Rassegna statistico-sanitaria dell'anno 1892 (Manicome de Cagliari. Rapport statistique et médical pour l'année 1892); par le D^r G. Sanna Salaris. Broch. in-8° de 28 pages. Cagliari, 1893.

— Paranoia primaria degenerativa in causa di violenze e minacce. Perizia psichiatrico-legale (Rapport médico-légal sur un cas de violences et menaces chez un sujet atteint de paranoia primaire dégénératif); par le D^r Sanna Salaris, directeur du Manicome de Cagliari. Broch. in-8° de 10 pages, Turin, 1893.

— Report of a case of syringomyelia, with exhibition of sections of the spinal cord (Rapport sur un cas de syringomyélie, avec représentation de coupes de la moelle épinière); par le D^r James Hendrie Lloyd, médecin de l'hôpital de Philadelphie. Broch. in-8° de 13 pages avec planches. Extrait de l'*University medical magazine*. Philadelphie, mars 1893.

— A case of tumor of the mid-brain and left optic thalamus (Un cas de tumeur du centre du cerveau et de la couche optique gauche); par le D^r James Hendrie Lloyd. Broch. in-18 de 6 pages avec plaques. Extrait du *The Medical News*, janvier 1892.

— Forms of pseudo-tabes due to lead, alcohol, diphteria, etc. (Formes de pseudo-tabes consécutives à l'intoxication plombique, alcoolique, diphtérique, etc.); par le D^r James Hendrie Lloyd. Broch. in-8° de 11 pages. Extrait du *The medical News*, avril 1892.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 24 avril 1893.

Présidence de M. BLANCHE

L'assemblée s'est tenue au domicile de M. Mitivié, 260, boulevard Saint-Germain, à trois heures.

M. Giraud fait, au nom d'une Commission composée de MM. Falret et Giraud, un rapport verbal sur les comptes du trésorier et déclare, qu'après examen, les comptes ont été trouvés exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies.

Sur la proposition de M. le Président, l'Assemblée vote des remerciements à M. Mitivié pour le zèle et le dévouement avec lesquels il veille aux intérêts de l'Association ; et ensuite il donne la parole à M. Bouchereau pour la lecture du rapport annuel.

MESSIEURS,

Au nom du Conseil de notre Association, je viens vous prier avec instance de vouloir bien nous aider à recruter de nouveaux membres. Nos ressources diminuent, en même temps que les demandes d'assistance se font plus nombreuses et plus vives. C'est un devoir pour nous de vous faire connaître cette situation ; si nous réunissons nos efforts, il y a lieu d'espérer que notre appel sera mieux entendu de ceux de nos confrères qui ont négligé, jusqu'à ce jour, de nous adresser leur adhésion.

Grâce à vous, Messieurs, nous pourrions assister des infortunes bien intéressantes. Notre Association a des veuves à secourir, des enfants à élever, plusieurs de nos confrères sont décédés avant d'avoir pu assurer à leur famille une existence, même modeste. Or, à notre époque, pour gagner sa vie, il faut posséder une certaine instruction comme instrument de travail : nous n'exagérons rien en affirmant que les condi-

tions matérielles, dans lesquelles vivent certaines personnes que nous avons à secourir chaque année, sont bien précaires.

La mort nous a enlevé un de nos confrères les plus distingués, le professeur Ball, membre fondateur. Il était né à Naples, de parents appartenant à une nationalité différente. Amené enfant à Paris, Ball y a fait ses études littéraires et médicales. Il a conquis dans sa patrie d'adoption une position élevée; mais sa vie a été courte et laborieuse. Une maladie cruelle l'a frappé à un âge où beaucoup d'hommes se trouvent en pleine possession de leurs facultés; il a été enlevé prématurément à l'affection de sa famille, de ses amis, de ses élèves, après plusieurs années de souffrances supportées courageusement. Ball a succombé le 23 février 1893, deux mois à peine avant d'entrer dans sa soixantième année; nous offrons à sa mémoire l'hommage de notre sympathie et de nos regrets. Ce n'est ni le moment, ni le lieu d'exposer devant vous son œuvre scientifique. La plupart d'entre nous l'ont connu et fréquenté. Il suffira de rappeler qu'il a été nommé interne des hôpitaux en 1855, docteur en 1862, agrégé en 1866, médecin des hôpitaux en 1870, professeur à la Faculté de médecine en 1877, et membre de l'Académie en 1883. Toutes ces fonctions ou distinctions, Ball les a obtenues, soit au concours, soit par le vote de ses confrères. La nature l'avait doté de riches dons naturels; ses facultés multiples qu'il avait fécondées par son talent personnel, il les devait à son origine complexe. Ball, je l'ai connu à une époque où il recherchait dans les hôpitaux les matériaux de sa thèse d'agrégation, je l'ai retrouvé plus tard à Sainte-Anne où je lui ai plus d'une fois fourni des malades pour son enseignement officiel: nos relations ont toujours été courtoises. A mon avis, sans donner à nos paroles le caractère d'une critique, il eût rendu aux élèves de plus grands services et sa renommée eût grandi si la Faculté lui avait confié une chaire de pathologie de préférence à la clinique. Les hommes, plus que les événements, en ont décidé ainsi. Ceux qui n'ont pas fréquenté Ball et désirent apprécier sa méthode, consulteront avec fruit ses leçons sur les maladies mentales, ses mémoires publiés dans le journal l'*Encéphale* et dans les *Annales médico-psychologiques*. Là, il apparaît avec son talent personnel d'exposition très claire et sa puissance d'assimilation très grande. En France, il a formé des élèves; en Angleterre, il comptait de nombreuses relations intimes. On se souvenait qu'il tenait à ce pays par son père; le hasard m'a rendu témoin d'une des premières atteintes du mal qui l'a frappé. Je l'ai rencontré un jour, non loin de la Faculté, sa figure exprimant une angoisse douloureuse. Je l'aborde, il me fait comprendre qu'il se trouve comme égaré, qu'il ne peut retrouver sa demeure, ni prononcer

mon nom. Je l'accompagne ; après quelques courts instants, cette amnésie passagère avait complètement disparu. Cependant, à ce moment, ni Ball, ni moi nous ne pouvions nous dissimuler la gravité de cet accident qu'il tenait à cacher à son entourage.

Ball, grâce à son énergie, s'est efforcé de vaquer plusieurs années après à ses occupations habituelles, et il a pu remplir ses diverses fonctions. En 1891, il a présidé la Société médico-psychologique et le premier congrès de médecine mentale française tenu à Rouen. Ball est mort laissant une veuve, six enfants, l'aîné atteint à peine l'âge d'homme, et le plus jeune compte environ dix ans. C'est là une destinée cruelle. Nous conservons le meilleur souvenir du savant et du confrère trop tôt disparu.

MM. Dubiau, Napias ont adressé leur démission. Cette séparation, toute volontaire, cause un vide regrettable parmi nous.

MM. Vallon, Girma ont échangé leur titre de sociétaire contre celui de membre fondateur. Nous remercions nos confrères du précieux concours qu'ils apportent à notre œuvre.

Il en est de même pour MM. Thivet, médecin-adjoint à l'asile de Blois ; Jules Bonnet, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Robert (Isère) ; Toulouse, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Yon.

Ces jeunes confrères, entrés par la voie du concours comme médecins des asiles, ont sollicité le titre de membres sociétaires ; ils comprennent les sentiments de solidarité qui doivent unir tous les médecins aliénistes. Nous leur souhaitons une brillante carrière.

Messieurs, à mon avis, des liens aussi intimes que possible doivent nous rattacher les uns aux autres. Si notre œuvre a pour but de distribuer des secours aux membres de notre Association qui en ont besoin et à leurs familles, rien ne nous interdit d'applaudir aux distinctions que reçoivent nos confrères méritants ou aux succès qui couronnent leurs travaux : donc, permettez-moi de féliciter aujourd'hui en votre nom deux de nos confrères nommés, pendant l'année écoulée, chevaliers de la Légion d'honneur :

M. Dufour, directeur-médecin de l'asile de Saint-Robert, compte vingt-huit ans de services et il a donné de grands perfectionnements aux travaux agricoles dans son établissement ;

M. Camuset, directeur-médecin de l'asile de Bonneval, a eu un prix à l'Académie de médecine, et il a eu à lutter contre une épidémie très grave de choléra qu'il est parvenu à enrayer. L'importance de ses publications, son administration habile autant que son caractère, le recommandaient au ministre. »

Enfin, M. Magnan a été nommé membre titulaire de l'Académie de médecine.

Notre Association compte :

Membres fondateurs . . .	79
Sociétaires	66
Membres honoraires. . . .	2
Total	147

M. le ministre de l'intérieur a bien voulu maintenir l'allocation de 1,500 francs que ses prédécesseurs ont accordé annuellement, à titre de secours, à notre Association ; nous lui exprimons publiquement nos remerciements, ainsi qu'aux administrations départementales qui associent les asiles à notre œuvre.

M. le Préfet de la Meuse a supprimé, à partir de 1893, l'allocation de 100 francs que l'asile de Fains accordait.

Le préfet de la Gironde a réduit à 25 francs l'allocation de 100 francs donnée antérieurement par l'asile de Bordeaux ; or, ces mesures fâcheuses diminuent nos recettes et les secours que nous pouvons donner ; il arrive souvent que nous accordons à un département plus qu'il ne nous fournit : 1,500 francs sont distribués dans la Gironde.

Certains départements, pénétrés des services rendus par nos allocations, nous prêtent un concours efficace, précieux ; ainsi, l'asile de Dury-les-Amours, a souscrit une somme de 100 francs. Les médecins-directeurs peuvent servir d'intermédiaires précieux entre les autorités et nous.

Nous les invitons à vouloir bien ne pas l'oublier.

Les asiles souscripteurs sont au nombre de trente.

Asile d'Aix.	50 fr.
— d'Armentières	100
— d'Auch	100
— d'Auxerre.	100
— de Bailleul	100
— de Bassens	100
— de Blois.	100
— de Bordeaux	25
— de Bron	100
— de Châlons.	100
— de Clermont (Oise). . . .	100
— de Dijon	100
— de Dôle.	100
— de Dury-les-Amours. . . .	100
Etablissement de Sainte-Marie- de l'Assomption.	50

Asile d'Evreux	100
— de Larocheqandon	100
— de Maréville	100
— de Mont-de-Vergues . . .	100
— de Pau	100
— de Prémontré	100
— de Quatre-Mares	100
— de Quimper	100
— de Rennes	100
— de Saint-Dizier	100
— de Saint-Lizier	50
— de Saint-Yon	100
— de Saint-Venant	100
— de Toulouse	100
— de Vannes	100

La situation financière se présente dans les conditions suivantes :

Les recettes de l'année 1892, jointes aux sommes restant en caisse au 31 décembre dernier, s'élèvent à la somme de 15,826 fr. 55, ainsi réparties :

Au 31 décembre :

Les fonds en caisse s'élevaient à	3,302 15
Les cotisations à	3,215 »
Les souscriptions des asiles à	2,875 »
La subvention du Ministre de l'Intérieur . .	1,500 »
Les intérêts à toucher au Crédit foncier . .	9 75
Les intérêts des capitaux	3,788 60
Les frais de recouvrements remboursés . .	87 30
Les rachats, dons	1,198 75
Formant un total pour les recettes de	15,826 55

Ces chiffres présentent une diminution dans le montant des intérêts des capitaux, mais elle est plus apparente que réelle : elle est le résultat de l'échéance d'une des obligations du Midi qui devait figurer dans le compte et se trouve reportée à l'exercice de 1893. Le titre est déposé actuellement à la Compagnie du Midi, par suite de la sortie de ladite obligation à un des derniers tirages. Ces intérêts n'ont pu être touchés que plus tard.

Une somme de 1,198 fr. 75 est inscrite aux recettes. C'est un don de M^{me} Lunier qui s'était fait inscrire comme membre honoraire en mémoire de son mari et a tenu à perpétuer ainsi sa cotisation de 40 francs. Notre Association est très reconnaissante à M^{me} Lunier de cette marque de sa générosité. Au

nom du Conseil, je tiens à lui exprimer notre reconnaissance et à lui renouveler l'expression des regrets que la mort de son mari a causés parmi nous.

Les dépenses ont atteint la somme de 13,113 05

Ainsi décomposée :

1° Secours à la veuve d'un ancien fonctionnaire ne faisant pas partie de l'Association. . .	800 »
2° Secours à trois veuves d'anciens internes des asiles.	600 »
3° Au fils d'un sociétaire	400 »
4° Aux femmes de deux sociétaires malades .	1,350 »
5° A dix veuves de fondateurs et de sociétaires.	5,900 »
6° A deux sociétaires en retraite.	1,050 »
7° A un sociétaire malade.	50 »
8° Achat de 90 francs de rente 3 p. 100 . . .	2,847 65
9° Frais d'administration, imprimés, recouvrements, timbre, frais d'envois de secours. . .	115 40

Total des dépenses. 13,113 05

De l'examen de ces chiffres, il résulte qu'il resterait en caisse au 31 décembre 1892 2,713 50

Déposés au Crédit foncier pour assurer la distribution des secours du premier semestre sans attendre la rentrée des cotisations et des intérêts.

2° Que les secours distribués jusqu'à ce jour s'élèvent à la somme de 143,791 »

3° Que le capital placé, y compris le legs Baillarger dont l'encaissement a été autorisé, représente environ. 120,697 »

Comprenant les valeurs suivantes :

1,565 francs de rentes 4 1/2 p. 100.

1,968 francs de rentes 3 p. 100.

43 obligations du Midi.

Il faut ajouter à ces valeurs pour mémoire :

Legs Foville. 10,000 »

Les prévisions budgétaires pour l'année 1893 sont établies sur les bases suivantes :

En caisse au 1 ^{er} janvier 1893	2,713 50
Cotisations	3,215 »
Souscriptions d'asiles.	2,775 »
Subventions du ministre.	1,500 »
Intérêts des capitaux	4,000 »

Total. 14,203 50

Sur cette somme, conformément à l'article 14 des statuts, on peut disposer d'environ 12,000 francs. Dans sa dernière séance, le conseil a dû allouer les secours suivants pour le premier semestre de 1893 :

1° A deux sociétaires retraités.	700 »
2° Aux femmes de deux sociétaires malades	700 »
3° A huit veuves de sociétaires et fondateurs.	1,950 »
Total des secours distribués.	3,350 »

Le solde disponible devrait donc être de. 8,650 »

Sur lesquels le conseil a décidé de vous proposer :

1° La continuation du secours de 800 francs que, depuis sa fondation, l'Association accorde à la veuve d'un médecin attaché au service des aliénés, non sociétaire.	800 »
2° Une somme de 600 francs à répartir entre trois veuves d'anciens internes d'asiles	600 »

Total des secours proposés. 1,400 »

Ces différentes sommes votées laisseront un solde de. 7,250 »

Sur lesquelles il y aura à prélever suivant les prévisions de ce jour pour le deuxième semestre. 4,200 »

Il resterait donc une somme de 3,050 » pour parer aux éventualités nouvelles.

Telle est, Messieurs, la situation morale et financière de notre Association.

Grâce au concours si dévoué de notre trésorier, M. Mitivié, on peut affirmer que nos finances sont sagement administrées.

L'assemblée approuve, par un vote unanime, les diverses propositions que le conseil lui a soumises, conformément aux statuts.

Les membres du conseil sortants et rééligibles :

MM. Blanche, Bouchereau, Donnet, Falret, Ritti sont réélus.

Le conseil se trouve ainsi composé pour l'année 1893 :

Président, M. Blanche.

Vice-président, M. Semelaigne père.

Trésorier, M. Mitivié.

Secrétaire, M. Bouchereau.

La séance est levée à quatre heures.

BOUCHEREAU.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 24 mai 1893 : M. le D^r MARTINENQ, médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise), est nommé directeur-médecin de l'asile de Dury (Somme), en remplacement de M. le D^r Dubuisson, appelé à d'autres fonctions.

— *Arrêté du 29 mai 1893* : M. le D^r DOUBSOUT, directeur-médecin de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), est promu à la 1^{re} classe de son grade (7,000 fr.).

— *Arrêté du 13 juin 1893* : M. le D^r ADAM, médecin en chef à l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise), et placé dans la 2^e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du 26 juin 1893* : M. le D^r FABRE, directeur-médecin de l'asile Saint-Dizier (Haute-Marne), est nommé médecin en chef à l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

— *Arrêté du 29 juin 1893* : M. le D^r BELLAT, médecin-adjoint de l'asile de Dijon, est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier, et est placé dans la 3^e classe de son grade (5,000 fr.).

Sont promus pour prendre rang à dater du 1^{er} juillet :

A la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.), M. le D^r FRIÈSE, directeur-médecin de l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne);

A la 1^{re} classe de leur grade (7,000 fr.), MM. les D^{rs} SOHLS, directeur-médecin de l'asile de Lesvellec (Morbihan); GARNIER (Samuel), directeur-médecin de l'asile de Dijon (Côte-d'Or); MAUNIER, directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu (Var);

A la 2^e classe de leur grade (6,000 fr.), MM. les D^{rs} BESIÈRE, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère); KÉRAVAL, médecin en chef à l'asile de Vaucluse;

A la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 fr.), MM. les D^{rs} JOURNIAC, médecin-adjoint à l'asile de Châlons (Marne); SIZARET (Jules), médecin-adjoint de la Roche-Gandon (Mayenne); GILBERT PETIT, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire);

A la 1^{re} classe de leur grade (3,000 fr.), MM. les D^{rs} MARIE, médecin-adjoint des asiles de la Seine, chargé du service de l'annexe de Dun-sur-Auron (Cher); BLIN, médecin-adjoint à

l'asile de Vaucluse; COLIN, médecin-adjoint de l'asile de Lafont (Charente-Inférieure); CHEVALIER-LAURE, médecin-adjoint de l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône).

— *Faculté de médecine de Paris* : Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, en date du 5 juin 1893, la chaire de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

La Faculté de médecine a dressé, le jeudi 6 juillet, la liste de présentation pour cette chaire. Elle a proposé : en première ligne, M. JOFFROY; en seconde ligne, M. GILBERT BALLET.

M. LEFILLIATRE, interne des asiles de la Seine, est nommé, à partir du 1^{er} juin et jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, aide du laboratoire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Champion.

— *Faculté de médecins de Bordeaux* : M. le D^r RÉGIS est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1892-1893, d'un cours complémentaire des maladies mentales.

NÉROLOGIE

D^r DELASIAUVE. — Nous avons le douloureux devoir d'annoncer la mort d'un de nos maîtres vénérés, d'un des doyens de la médecine mentale française; M. le D^r Delasiauve, que nous avons encore vu plein de vie et d'activité quelques jours auparavant, est décédé le lundi matin 5 juin, dans sa 89^e année.

M. Delasiauve (Louis-Jean-François) est né, le 14 octobre 1804, à Garennes (Eure). Il fit ses études médicales à Paris et y fut reçu docteur en 1830. Après avoir pratiqué pendant près de neuf années la médecine dans son département d'origine, à Ivry-la-Bataille, il revint à Paris, collabora à plusieurs journaux médicaux, et fit à l'École pratique un cours libre sur la thérapeutique et la matière médicale. En 1843, il se présenta au concours des médecins-aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière : il fut reçu, et, pendant près de quarante ans, il consacra son temps et sa peine à étudier dans ces deux grands hospices les questions les plus ardues de la médecine mentale et nerveuse. Dès le jour de leur apparition, il devint un des collaborateurs les plus assidus des *Annales médico-psychologiques*; il y publia un des chapitres les plus importants de son remarquable *Traité sur l'épilepsie*, celui sur le traitement de cette redoutable névrose. Rappelons encore, parmi les travaux qu'il donna dans ce recueil, ceux sur l'*Influence du choléra sur la production de la folie* (1849); sur le *Diagnostic différentiel de la lypémanie* (1851); sur la *Classification et le diagnostic différentiel de la paralysie générale* (1851); sur le *Délire consécutif à l'épilepsie* (1852); sur les *Conséquences de l'épilepsie* (1854), etc.

Sous l'homme de science, il y avait chez M. Delasiauve un ardent philanthrope; les connaissances scientifiques devaient avoir, selon lui, pour corollaire l'amélioration de l'espèce humaine. De là, ses études si intéressantes sur l'*organisation médicale*, sur le *développement du service médical dans les campagnes*, sur la *création des hospices cantonaux*; de là, surtout, sa passion pour l'instruction pédagogique des enfants arriérés et idiots, dont il a contribué à poser les principes et qu'il a développée avec une patience et une ardeur dignes d'éloges, passion qu'il a fait partager à son meilleur élève, M. Bourneville, qui a continué religieusement et avec succès les enseignements de son regretté maître.

M. Delasiauve a été aussi un des collaborateurs de la première heure de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. On lit encore avec intérêt et profit les nombreux articles et analyses qu'il a publiés dans ce journal que venait de fonder Dechambre. Dans toutes les pages qu'il écrivit, il se montra critique bienveillant, mais ferme; il jugeait les œuvres des autres à la lumière des principes qu'il s'était formés, principes discutables peut-être, mais qu'il défendait avec verve, ténacité et abondance.

Ces principes sont développés surtout dans son *Journal de médecine mentale*, qu'il publia pendant dix ans (de 1861 à 1870), et dont il fut le principal et, bien souvent, l'unique rédacteur. On y trouve de lui une longue série d'articles constituant un traité complet de pathologie mentale, avec, comme fondement, des éléments de psychologie normale. Qu'on relise avec soin et impartialité cette œuvre magistrale, on sera surpris de l'énorme quantité d'idées, dont plusieurs très originales, que M. Delasiauve a semées dans ces articles écrits en quelque sorte au jour le jour. Que de choses on y retrouve que, récemment, en France ou à l'étranger, on nous a présentées comme des nouveautés!

M. Delasiauve était aimé de tous ceux qui l'approchaient; causeur intarissable, on l'écoutait volontiers, car il portait sur les questions les plus diverses des appréciations souvent d'une piquante originalité. Il avait une mémoire très meublée de faits, qu'il conserva intacte jusqu'à ses dernières années. Sa santé physique, toujours un peu chétive d'après lui, était cependant robuste: peu de jours avant sa mort, il se promenait encore et assistait aux séances des sociétés savantes dont il était le membre honoré et toujours écouté, lorsqu'une bronchite vint le terrasser et l'enlever en quelques jours.

Avec M. Delasiauve disparaît une des figures les plus sympathiques de la médecine mentale française: savant distingué, observateur sagace, écrivain de mérite, philanthrope dévoué, à ces titres divers, il vivra dans la mémoire de ceux qui l'ont

connu ; l'histoire de la psychiatrie française donnera à son œuvre si variée une place importante, à côté de celle de ses plus illustres contemporains. — A. R.

Les obsèques de M. Delasiauve ont eu lieu, le mercredi 7 juin, à midi, à l'église Saint-Séverin. Après la cérémonie religieuse, le corps a été transporté dans la cour du presbytère, où des discours ont été prononcés : par M. le D^r Falret, au nom des médecins aliénistes de la Seine ; par M. le D^r Christian, au nom de la Société médico-psychologique ; par M. le D^r Semelaigne, au nom des anciens élèves du maître ; par M. le D^r Laborde, au nom de la Société d'anthropologie ; par M. le D^r Isambard, député de l'Eure, au nom de l'Association amicale des républicains de l'Eure, habitant Paris. Après les discours, le corps a été transporté à la gare Saint-Lazare, l'inhumation devant avoir lieu à Gareanes (Eure), pays de naissance de M. Delasiauve.

Nous reproduisons ci-après les discours de MM. J. Falret, Christian et Semelaigne, qui retracent avec une grande éloquence et une rare élévation d'esprit la vie si bien remplie de notre regretté collègue et maître.

*Discours de M. le D^r J. FALRET,
au nom des médecins-aliénistes de la Seine.*

Au nom des médecins-aliénistes des asiles de la Seine, je viens aujourd'hui rendre un dernier hommage au collègue aimé et respecté, à notre doyen à tous, qui vient de succomber à la fin d'une longue carrière, honorablement remplie, ne laissant parmi nous que des amis.

C'est une grande perte pour la médecine mentale, qui s'ajoute à toutes celles que nous avons déjà éprouvées.

Après Baillarger et Benjamin Ball, dont nous déplorons tous la perte récente, voici notre excellent collègue et maître, le D^r Delasiauve, qui disparaît à son tour, l'un des vétérans de notre science spéciale, l'un des derniers survivants de cette nombreuse pléiade de médecins spécialistes, élèves de nos grands maîtres Pinel et Esquirol, qui ont succombé successivement, Ferrus, Parchappe, mon père, Félix Voisin, Mitivié, Trélat, Moreau (de Tours), Baillarger, Morel, etc., etc., noms célèbres, qui ont illustré la médecine mentale française au XIX^e siècle, et dont les travaux laisseront une trace durable dans l'histoire de notre science spéciale.

Le D^r Delasiauve, est né en 1804 à Gareannes, dans le département de l'Eure. Après de sérieuses études médicales, il ne s'était pas destiné à notre spécialité. Reçu docteur en 1830, il

exerça d'abord la médecine dans son pays, pendant un certain nombre d'années, et ce n'est que vers 1843 qu'il se décida à abandonner son pays natal, où il avait pourtant réussi, pour venir se fixer à Paris et parcourir la carrière des concours.

A cette époque, après un premier concours pour quatre places de médecins adjoints des asiles de la Seine, ouvert en 1840, et à la suite duquel Baillarger, Trélat, Moreau (de Tours), et Archambault furent nommés médecins-adjoints des sections d'hospice de la Salpêtrière et de Bicêtre, un nouveau concours fut ouvert et, après de brillantes épreuves, le D^r Delasiauve fut à son tour nommé médecin-adjoint à Bicêtre.

A partir de ce moment, son avenir fut définitivement fixé. Il partagea, dès lors, sa vie, entre son service de Bicêtre, ses études sur les diverses branches de la pathologie mentale et ses travaux sur l'organisation médicale, l'éducation populaire et la politique, à laquelle il fut toujours mêlé de la façon la plus active.

Il publia alors son livre sur l'*organisation médicale*, ouvrage auquel il attachait une grande importance et qu'il défendit avec ardeur au congrès médical de 1845. Avec Baillarger, Moreau (de Tours) et Cerise, il participa à la fondation des *Annales médico-psychologiques* et, avec mon père, à celle de la Société de patronage des aliénés convalescents, dont il est resté l'un des membres actifs jusqu'à sa mort.

En 1848, il se jeta, avec une ardeur toute juvénile, dans les luttes de la politique contemporaine. Il collabora, alors, à plusieurs journaux républicains, sans négliger cependant ses travaux sur la médecine mentale, l'épilepsie et l'éducation des idiots, service dont il avait la direction à l'hospice de Bicêtre, et qu'il continua plus tard à la Salpêtrière. En 1852, il fut l'un des fondateurs de la Société médico-psychologique, dont il devint plus tard président, et, pendant toute sa vie, il prit une part active à toutes les discussions importantes qui eurent lieu dans cette Société, sur la *paralysie générale*, la *monomanie au point de vue légal*, la *responsabilité partielle*, les *divers modes d'assistance pour les aliénés*, avec cette facilité exubérante d'élocution, cet amour de la lutte et de la discussion, et cette ardeur pour la défense de ses idées, qui le caractérisaient au plus haut degré.

Mais, après son *Traité classique sur l'épilepsie et son traitement*, son œuvre principale est son *Journal de médecine mentale*, qu'il dirigea seul et à ses frais pendant dix années consécutives et où il a exposé, avec les plus grands développements, ses idées personnelles sur la pathologie mentale et la médecine légale des aliénés, tout en discutant avec énergie, mais toujours avec modération dans la forme, les opinions de ses adversaires.

C'est dans ce recueil important et dans les *Annales médico-psychologiques* qu'il a déposé les résultats du travail incessant de toute sa vie, et, en particulier, ses idées personnelles sur la monomanie et la *pseudomonomanie*, auxquelles il attachait une si grande valeur, mais qui n'ont pu cependant obtenir l'assentiment général parce qu'elles se ressentaient trop des tendances purement psychologiques qui dominaient alors la médecine mentale.

Son ardeur pour la science spéciale, à laquelle il avait consacré son existence, et pour l'organisation médicale et l'éducation populaire, ainsi que pour l'éducation des idiots qui le préoccupaient incessamment, ont été les passions dominantes de sa vie. Travailleur infatigable, lutteur passionné, orateur disert et abondant, toujours prêt à la discussion et à la réplique, écrivain distingué et fécond, penseur original, mais souvent dominé par des idées chimériques et irréalisables, il a offert, pendant toute sa vie, cet étonnant contraste d'un esprit disposé à l'opposition, à la lutte et à la controverse, toujours porté à contester les idées généralement acceptées, et d'un cœur bienveillant et aimant, enclin à l'indulgence et à l'optimisme, inspirant la sympathie et l'affection à tous ceux avec lesquels il se trouvait en rapport, et animé d'un profond amour de l'humanité. Après une vie si longue et si laborieuse, il s'est éteint lentement et successivement, conservant jusqu'à la fin sa lucidité d'esprit, en nous laissant, comme héritage, le salutaire exemple d'un travail incessant et productif, dans le domaine de la science spéciale qu'il a cultivée, en même temps que celui d'une existence d'honnêteté sans tache et de dévouement, animée par le plus pur amour de l'humanité et par les aspirations les plus élevées pour les progrès incessants de l'espèce humaine.

*Discours de M. le Dr CHRISTIAN,
au nom de la Société médico-psychologique.*

MESSIEURS,

C'est une belle et noble figure qui vient de disparaître. A l'âge auquel était arrivé M. Delasiauve, — âge que bien peu d'entre nous peuvent espérer d'atteindre, — la fin devait sonner. Notre maître a quitté la vie, comme le travailleur, qui, à la tombée de la nuit, abandonne son ouvrage et va prendre son repos. Et, cependant, il y a quelques jours à peine, nous le voyions plein de vie à nos séances, et nous ne pouvions penser que la séparation fût si proche.

Si longue qu'ait été l'existence de M. Delasiauve, elle a été

d'une admirable unité. Arrivé au terme de sa course, il pouvait avec orgueil regarder en arrière, et se rendre ce témoignage, que jamais il n'avait transigé avec les principes dont il s'était fait, dès sa jeunesse, le défenseur ardent et convaincu. Libéral il était en 1830, à son entrée dans la carrière ; libéral il est resté jusqu'à son dernier souffle. S'il a eu la joie de voir triompher les idées qui lui étaient chères, il pouvait se dire qu'à ces idées il était toujours resté fidèle, qu'il n'avait jamais désespéré d'elles, même aux heures sombres où elles semblaient à jamais compromises.

Né en 1804, dans le département de l'Eure, M. Delasiauve fut reçu docteur en 1830. Il aimait à raconter que la soutenance de sa thèse devait avoir lieu le jour même où la Révolution éclatait dans Paris. Il prit aisément son parti d'un retard de quelques jours, et bientôt il allait s'établir dans son pays natal. Pendant huit ans, il y mena la vie si rude et si méritante de médecin de campagne. Mais les soins à donner à ses malades n'étaient pas pour lui une tâche suffisante. Les questions qui, aujourd'hui, tiennent le premier rang dans nos préoccupations, les questions d'assistance, d'instruction publique, l'avaient passionné à une époque où elles éveillaient à peine l'attention de quelques hommes d'élite. Il avait cherché des solutions, imaginé des réformes ; jamais il ne laissa passer une occasion de les discuter au grand jour de la publicité. Nous verrons peut-être s'élever les hôpitaux cantonaux qu'il avait rêvés : ce ne sera que justice alors d'y rattacher le nom de M. Delasiauve.

En 1838, M. Delasiauve se décida à quitter la province ; il vint se fixer à Paris. Bientôt il était nommé, au concours, médecin de Bicêtre. Dès lors, sa carrière se trouva définitivement tracée, et toute son activité scientifique se porta sur la pathologie mentale. Placé à la tête d'un service d'enfants idiots et épileptiques, il étudia spécialement l'épilepsie, et lui consacra un livre qui est resté longtemps classique. Arrivé à une époque où les questions de classification jouaient un rôle important, il fit, lui aussi, un essai de classification, qu'il défendit avec l'ardeur entraînante qu'il mettait en toutes choses. Nous l'avons entendu au Congrès de 1889 ; il y venait exposer avec une verve toute juvénile, qu'aucun échec n'avait lassée, les bases de cette classification qui lui était chère et que, depuis près d'un demi-siècle, il avait vaillamment défendue. Seul il n'avait pas varié ; seul il paraissait surpris de parler une langue que son auditoire ne comprenait plus.

Rappellerai-je ses études sur la stupeur, sur les pseudomonomanies, son journal de médecine mentale qu'il a rédigé presque seul pendant une dizaine d'années et qui ne fut inter-

rompu qu'en 1870 ! Tous ces travaux sont connus et suffiraient à lui assurer une place parmi les maîtres.

Mais ce n'était pas assez pour lui : il faisait des cours à l'École pratique, il gardait la clientèle des pauvres de son arrondissement. Et son service d'hôpital, comme il s'y intéressait, comme il s'y donnait tout entier ! L'un des premiers il s'est occupé de l'éducation des enfants arriérés et idiots. En lisant les pages que ce sujet lui a inspirées, on se demandera ce qu'il faut admirer le plus, de l'ingéniosité des moyens qu'il mettait en œuvre, ou de l'exquise bonté de cœur qui lui dictait ses inspirations.

M. Delasiauve a parcouru une vie exceptionnellement longue ; son existence a toujours été simple et modeste. Dédaigneux des honneurs, il n'a cherché sa récompense que dans la joie du devoir accompli. Ceux qui ont vécu dans son intimité ont pu seuls apprécier toute l'étendue de ses qualités, toute la délicatesse de son cœur, toute l'élévation de son âme. Mais tous ceux qui l'ont approché, tous ceux qui l'ont vu dans les Sociétés savantes auxquelles il est resté fidèle jusqu'à la dernière heure, peuvent dire que c'était, dans toute l'acception du mot, un homme de bien.

La Société médico-psychologique adresse un suprême adieu au maître qui a été un de ses membres fondateurs, et un de ses anciens présidents. Elle conservera pieusement la mémoire de M. Delasiauve ; son nom sera toujours prononcé avec respect.

Discours de M. le D^r SEMELAIGNE, au nom des anciens élèves de M. Delasiauve.

Ils s'en vont nos vieux maîtres ! De la forte génération qui put voir encore Pinel et Esquirol, il ne restait plus, avec le vénérable M. Calmeil, que M. Delasiauve, dont la robuste santé semblait inébranlable. Et voilà qu'après quelques jours de maladie, il vient de s'éteindre, à quatre-vingt-neuf ans, conservant jusqu'à la fin la plus grande partie de ses forces intellectuelles, et toute la chaleur de son cœur, épuisant jusqu'au dernier instant les pensées de toute sa vie. M. Delasiauve est mort, préoccupé d'idées de progrès et d'améliorations sociales.

Quelques mots suffiront à faire connaître le savant, le médecin, et l'homme au cœur généreux que nous avons aimé.

D'abord médecin de campagne, à Ivry-la-Bataille, pendant une douzaine d'années, M. Delasiauve y acquit rapidement une réputation des plus enviables. Son activité sans bornes, son dévouement infatigable, sa bienveillance et sa charité lui valurent bientôt une vaste clientèle, et son heureuse pratique justifiait

la confiance des malades. Mais, si absorbants qu'ils fussent, les soins de cette clientèle ne suffisaient pas à remplir la vie de M. Delasiauve. Membre dès 1833 de la délégation cantonale, il prit sa mission au sérieux, et s'éprit d'une véritable passion, qui ne le quitta plus, pour les questions d'instruction et de pédagogie. C'est en s'appuyant sur l'expérience acquise en ces modestes fonctions de délégué cantonal que M. Delasiauve proposait, il y a bientôt cinquante ans, aux divers degrés de l'enseignement public, des réformes qui commencent seulement aujourd'hui à se réaliser.

Il n'est que juste de rappeler qu'il en fut un des premiers promoteurs, comme aussi de la création des hospices cantonaux et de l'organisation médicale dans les campagnes, qu'il réclamait dès 1865, devançant de bien loin l'action des pouvoirs publics.

Quel que soit le mérite des travaux de M. Delasiauve relatifs à l'enseignement et à l'assistance publique, c'est surtout comme médecin qu'il est connu. Conscient de sa valeur, malgré sa modestie, il sentait que dans un autre milieu qu'Ivry-la-Bataille, et dans d'autres conditions, son intelligence se déploierait plus à l'aise, et s'affirmerait plus utilement. Paris l'appela. En 1844, après un brillant concours, il était nommé médecin de Bicêtre. À partir de cette époque, il marquait sa place dans la science mentale par des travaux considérables. Il serait trop long de les énumérer, et ce n'en est pas ici le lieu. — Un des plus importants, couronné par l'Institut, est son *Traité de l'épilepsie*, monographie complète et saisissante dans l'exposé des symptômes de cette terrible névrose. Dans un recueil arrêté au dixième volume, le *Journal de médecine mentale*, fondé par lui et dont il fut le principal rédacteur, M. Delasiauve s'est montré un écrivain des plus distingués, avec sa forme particulière, son originalité propre, servie par un style correct, clair et précis. C'est là qu'on trouve exposée sa classification des maladies mentales, si remarquable de logique et de simplicité.

À Bicêtre d'abord, M. Delasiauve s'occupa principalement de recherches sur l'éducation des idiots. Non sans peine, il obtint quelques améliorations dans ce service des idiots, aujourd'hui magnifiquement installé, et dirigé par une volonté énergique. Plus tard, la Salpêtrière fut une autre étape de sa carrière, où tous les jours, comme à Bicêtre, il consacra de longues heures à la classe des idiots et des enfants arriérés. Il aimait à suivre les exercices de ces enfants, les interrogeant lui-même. Educateur né, il était aussi habile à saisir le moindre éclair d'intelligence qu'heureux d'en tirer parti. Le fait est que, chez ces déshérités du sort, on obtient, par des méthodes appropriées, plus qu'on n'aurait pensé ou espéré au début.

Eh bien, après tant de services et plus de quarante ans consacrés au soulagement des malheureux dans les deux grands asiles de Bicêtre et de la Salpêtrière, aucun signe de distinction n'est venu montrer qu'on tint compte à M. Delasiauve de son dévouement, de son abnégation et de tout le bien qu'il faisait si simplement.

Appartenant à différentes sociétés savantes, M. Delasiauve avait une prédilection bien naturelle pour la Société médico-psychologique. Il en était un des membres fondateurs, il l'avait vue naître et grandir, il en avait présidé les séances. Plus qu'ailleurs il s'y sentait chez lui; on l'y écoutait avec déférence. Ses mœurs simples, ses relations agréables et sûres, faisaient que, là comme ailleurs, il n'avait que des amis.

D'autres, plus compétents, étudieront sous d'autres faces cet esprit d'élite; pour moi, je n'ai voulu qu'esquisser rapidement la vie de M. Delasiauve, véritable vie de bénédictin, tout entière remplie par le travail et la pratique du bien, et rappeler que chez M. Delasiauve le cœur était au moins à la hauteur de l'intelligence.

Encore un mot. C'est au nom des anciens élèves de M. Delasiauve que j'ai apporté ici, en face de son cercueil, le juste tribut de sympathie et de reconnaissance que nous devons à sa mémoire.

Au nom de tous, adieu, cher et vénéré maître.

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Session de La Rochelle 1893.

Programme des séances.

Mardi, 1^{er} août. — Séance d'ouverture à neuf heures du matin, salle haute de la Bourse. — Question de pathologie : Des auto-intoxications dans les maladies mentales.

Séance de deux heures à six heures. — Question de pathologie : Les auto-intoxications dans les maladies mentales (*suite*).

Mercredi, 2 août. — Séance de huit heures du matin à onze heures du matin. — Question de médecine légale : Les faux témoignages des aliénés devant la justice.

Séance de deux heures à six heures du soir. — Question de législation : Les Sociétés de patronage des aliénés.

Jeudi, 3 août. — Séance à l'asile de Lafond, de huit heures à dix heures. — Communications diverses.

A dix heures du matin, visite de l'asile de Lafond.

Vendredi, 4 août. — Visite du dépôt des forçats de l'île de Ré.

Samedi, 5 août. — De huit heures à onze heures. — Communications diverses.

De deux heures à six heures. — Communications diverses. Séance de clôture.

Dimanche, 6 août. — Visite de l'asile des aliénés de La Roche-sur-Yon et excursion aux Sables-d'Olonne.

Nous croyons devoir rappeler à nos collègues des asiles que la ligne de l'Etat délivre des billets « dits billets de bains de mer » pour La Rochelle et les villes du littoral avec arrêt sur le parcours.

Ces billets sont accordés avec une réduction de 40 p. 100 sur le double du billet simple et sont valables pendant trente-trois jours.

Les membres adhérents du Congrès sont priés d'adresser à M. le Dr H. Mabile, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond, les titres de leurs communications.

Le programme détaillé du Congrès leur sera adressé en temps utile.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (suite).

Nous avons à enregistrer une nouvelle victime dans ce douloureux martyrologe de la psychiatrie; un jeune médecin vient d'être assassiné, dans des circonstances particulièrement dramatiques, par une jeune malade qu'il avait contribué à soigner dans la maison de santé privée où il était médecin-adjoint. Voici, d'après le *Petit Journal* (numéro du lundi 5 juin 1893), le récit du crime que nous avons tout lieu de croire exact :

« Un drame sanglant vient de se produire à Crosnes, une petite commune de l'arrondissement de Corbeil.

Vendredi soir une jeune femme très jolie, très élégante, entraînait dans un restaurant du village tenu par M. Preisach et demandait une chambre.

Elle y passa la nuit.

Le lendemain matin, elle se déclara souffrante et réclama un docteur. On lui indiqua celui de Montgeron.

— Non, dit-elle, je ne veux pas un médecin de campagne. Mais j'y songe ! N'avez-vous pas ici un jeune docteur nouvellement installé ?

— M. de Plauzoles, peut-être ?

— Oui ! c'est cela ! M. de Plauzoles ; allez-le moi chercher, je vous prie.

Vers dix heures, M. de Plauzoles, un jeune médecin marié depuis peu, fut introduit dans la chambre de la malade. On l'y laissa seul avec elle.

Une heure après, il n'était pas encore ressorti ; le propriétaire de l'établissement pénétra alors dans la pièce ; mais, à peine entré, il referma vivement la porte et, en proie à une indicible émotion, redescendit l'escalier. Au milieu d'une mare de sang, la tête trouée, il avait vu M. de Plauzoles gisant sur le parquet.

Dans son trouble, il n'avait pas aperçu la mystérieuse inconnue. Cependant, quand, prévenus par lui, les gendarmes de Villeneuve-Saint-Georges ont pénétré à leur tour dans l'appartement, ils ont trouvé le cadavre de la jeune femme, la tempe droite traversée, étendu à côté de celui du docteur. Dans sa main crispée, la morte tenait encore un revolver. Que s'était-il passé, et quelles causes avait amené ce sombre drame ?

Voici les résultats de la première enquête :

La défunte était M^{me} Pauline Delagrangé, née Pauline Betjens. Elle était en instance de divorce, et habitait chez un de ses oncles, propriétaire à Chaville (Seine-et-Oise).

Par suite d'une vive surexcitation mentale, elle avait dû séjourner dans une maison de santé à Ivry. Elle y avait reçu les soins du D^r de Plauzoles, alors attaché à cet établissement, et s'était éperdument éprise de lui. De Chaville, elle lui avait même envoyé plusieurs épîtres brûlantes, auxquelles le jeune docteur n'avait pas répondu.

Quand elle apprit le mariage de ce dernier, son désespoir ne connut plus de bornes. Pour calmer sa surexcitation, son oncle avait décidé de l'envoyer dans un petit pays des environs de Chartres. Il l'avait même accompagnée vendredi matin jusqu'à la gare de Versailles ; mais M^{me} Delagrangé était descendue probablement à la première station, était revenue à Versailles, avait acheté un revolver, et s'était rendue à Crosnes.

Une lettre déchirante, trouvée sur elle, a permis de reconstituer, sinon dans ses détails, au moins dans son ensemble, la scène qui s'est déroulée dans la petite chambre du restaurant.

Les deux cadavres y sont restés durant toute la journée d'hier, veillés par l'oncle de M^{me} Delagrangé et par le frère de M. de Plauzoles.

Les constatations légales terminées, le corps du jeune docteur a été porté à son domicile, où l'attendait sa malheureuse veuve, dont le désespoir est navrant. Celui de M^{me} Delagrangé sera très probablement conduit en Belgique.

Cette dernière était âgée de vingt-deux ans ; ses parents habitent Lyon. Le D^r Joseph Sicard de Plauzoles avait trente-deux ans seulement ; il était originaire de Marseille. »

RÉCOMPENSES DÉCERNÉES PAR LA SOCIÉTÉ NATIONALE
D'ENCOURAGEMENT AU BIEN

La Société nationale d'encouragement au bien a tenu sa séance publique annuelle, le dimanche 28 mai 1893, au Cirque d'Hiver, sous la présidence de M. Jules Simon, sénateur, membre de l'Institut et de l'Académie française. Parmi les nombreuses récompenses proclamées, nous relevons les suivantes :

Médailles d'honneur (sur la proposition du ministère de la guerre). — M. JACQUEMIN (Antoine), gendarme à Nonancourt (Eure), s'est distingué en dehors du service par un acte de dévouement en mettant un aliéné hors d'état de nuire, a été blessé par lui d'un coup de couteau ;

M. BACON (Louis-Paul), gendarme à Nonancourt (Eure), s'est distingué en dehors du service par un acte de dévouement en mettant un aliéné hors d'état de nuire, alors que son camarade venait de recevoir un coup de couteau et luttait avec cet aliéné.

Médailles d'honneur pour dévouement à l'humanité. — M^{me} V^{ie} CHAUVIN, née Prost (Joséphine-Eulalie), cinquante-huit ans, domiciliée à Paris. Entrée à la maison de santé du D^r Blanche, en 1854, comme infirmière, remplit son rôle avec dévouement et la plus grande douceur vis-à-vis des pauvres malades ;

M^{me} BASTIDE (Jeanne), en religion sœur Providence, de l'ordre des sœurs Augustines à Charenton. Entrée aux hôpitaux militaires en 1836, à la Maison nationale de Charenton en 1852. Chargée plus spécialement dans cet établissement de la direction de l'hôpital du canton. Cinquante-sept années de services, dont quarante et un dans un établissement de malades aliénés. La sœur Providence, par son dévouement, sa charité inépuisable, est vénérée de tous les habitants des communes de Saint-Maurice et de Charenton qui la considèrent comme leur bienfaitrice.

INFLUENCE DE LA POLITIQUE SUR LA NOMINATION DES
MÉDECINS ALIÉNISTES AUX ÉTATS-UNIS (*suite*).

Dans les derniers numéros des *Annales médico-psychologiques*, il a été fait mention de l'influence déplorable dont il s'agit. Une des victimes de cette influence a été le D^r Dewey, l'un des plus distingués parmi les aliénistes américains. Au sujet de sa destitution, le *British medical Journal* du 1^{er} avril 1893 a publié la lettre suivante du D^r Hack Tuke, qui flétrit cette mesure en termes justement indignés :

« Monsieur,

« Les journaux américains nous font connaître un acte, accompli par le Gouverneur de l'Illinois, qui mérite d'être fortement stigmatisé par toute la presse médicale : l'ancien continent n'est point sans défaut; il a bien des choses à apprendre de l'Amérique. Il y a cependant une faute grave qu'il n'a point à se reprocher, c'est celle de subordonner aux changements de régime politique la nomination des médecins placés à la tête des institutions publiques. Or, c'est ce qui vient d'être fait dans l'Etat d'Illinois.

« Le Dr Dewey, médecin-directeur de l'asile de Kankakée, est destitué des fonctions que depuis bien des années il remplissait avec autant d'honneur pour lui-même que de profit pour ses malades. Je parle de ce que je sais personnellement, quand je dis que ce médecin est un homme des plus estimables, à qui on ne peut rien reprocher; il était tout dévoué à l'institution qu'il a dirigée avec plein succès, malgré les difficultés exceptionnelles que suscitaient des errements tout à fait nouveaux; c'est lui, en effet, qui a expérimenté, pour certaines catégories de malades, l'usage de pavillons distincts du centre de l'asile. Il a montré quels avantages on pouvait obtenir de cette manière de faire et il a exercé une grande influence sur l'application de la même mesure dans d'autres asiles, en faisant entrer dans la pratique les idées de Frédéric Wines et d'autres qui ont préconisé le groupement des aliénés par petits nombres, en opposition à l'entassement d'un millier de malades dans un bâtiment monstre.

« Le Dr Dewey a résolu un problème. Mais maintenant que les affaires politiques ont pris une voie nouvelle, il est obligé de céder la place sans qu'on ait le moindre égard à ce qu'il a fait d'admirable. Son successeur peut être un médecin de mérite, capable de bien remplir ses fonctions, cela n'est point à mettre en question; mais l'injustice criante commise à l'égard d'un médecin distingué pour des motifs purement politiques, reste tout entière, et donne matière à graves réflexions sur le système qui a permis de la commettre.

« Agréez, etc...

Welbeck Street, 25 mars 1893.

« D^r HACK TUCKER. »

C'est le Dr Clevenger qui a été nommé à la place du Dr Dewey.

TROIS INCENDIES DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS AUX ÉTATS-UNIS

Le premier en date est de beaucoup le plus grave. C'est celui de l'asile du comté de Strafford, dans l'Etat de New-Hampshire.

Il a eu lieu dans la nuit du 9 février 1893, et quarante et une personnes y ont trouvé la mort. Cet asile, qui n'était, à proprement parler, qu'un quartier de l'hospice de Dower, dont il était distant de quatre milles, avait été construit il y a une vingtaine d'années; il se composait d'un seul corps de bâtiment à deux étages et était entièrement en bois.

Les habitants de ce quartier étaient au nombre de quarante-quatre, hommes ou femmes, n'ayant pas d'autre personnel de garde qu'un surveillant et sa femme.

L'enquête montra que ces deux gardiens mettaient la plus grande négligence à surveiller les malades. Ils avaient la déplorable habitude de mettre des allumettes à la disposition de ceux d'entre eux qui fumaient, et l'on supposa que l'auteur de l'incendie était une femme qui fumait et qui précisément possédait des allumettes.

On reconnut encore que si la surveillance eût été mieux faite, l'incendie aurait pu être éteint dès son début. Le gardien, qui d'ailleurs n'était nullement à la hauteur de ses fonctions, ne sut plus ce qu'il faisait, et laissa les malheureux aliénés périr sans s'occuper de leur ouvrir les portes.

Ce douloureux événement montre une fois de plus l'importance d'une bonne organisation du service des aliénés; il condamne, encore une fois, ces asiles de comté où la surveillance est mal faite et où rien n'est organisé convenablement pour les malades.

Un autre incendie, survenu le 4 mars 1893, a détruit les deux tiers des bâtiments de Saint-Lawrence State Hospital. Cet asile, qui était encore en construction, était destiné à recevoir quatre cents femmes; il ne contenait encore aucun pensionnaire et n'avait pour habitants que quelques employés. On n'a eu à déplorer aucun accident de personnes. La cause de l'incendie est restée inconnue.

Enfin, un troisième incendie a éclaté le 9 avril dans l'asile privé nommé College Hill, situé près de Cincinnati, dirigé par le Dr Orpheus Everts. Il a causé une perte évaluée à 150,000 dollars et a failli mettre en péril la vie de deux cents malades. Par bonheur, les secours purent être assez rapidement organisés pour qu'aucun d'eux n'ait été atteint le moins du monde. Cet incendie est dû à la négligence d'un ouvrier chargé de faire une réparation à la toiture, et le feu fit des progrès si rapides que malgré des efforts intelligents on ne parvint pas à s'en rendre maître. Tous les bâtiments principaux ont été détruits.

A PROPOS DE « LA REINE JUANA » (1).

La pièce que M. Parodi vient de faire représenter au Théâtre français remet en question un point historique; la reine Juana, la mère de Charles-Quint, la malheureuse qui agonisa cinquante ans dans les murs du château de Tordesillas, Jeanne la Folle, en un mot, fut-elle réellement atteinte d'aliénation mentale, ou faut-il ne voir en elle qu'une victime d'abominables machinations politiques?

Il ne s'agit pas, naturellement, de discuter ici la thèse adoptée par le poète pour les besoins de son drame. Toutes libertés lui sont permises. Il n'en reste pas moins acquis aujourd'hui, d'une manière à peu près certaine, que l'état de son héroïne justifiait absolument les mesures de séquestration prises contre elle; la science s'en est longuement occupée, non seulement au point de vue de l'histoire, mais aussi au point de vue de la physiologie; elle s'est intéressée à cette famille royale d'Espagne comme à un des plus terrifiants spécimens de la grande névrose héréditaire, et les travaux publiés successivement à Edimbourg en 1885, par W.-W. Ireland, et à Paris, en 1886, par le docteur Déjerine, laissent difficilement place à la moindre hésitation.

La série commence en 1449 par le mariage de Jean II de Castille, faible et imbecile, avec Isabelle de Portugal, qui meurt folle; ils furent le grand-père et la grand-mère de la reine Juana. Que celle-ci ait été condamnée de naissance ou qu'elle soit tombée dans les hallucinations, la démence et le gâtisme à la suite des épouvantables misères qu'elle dut subir, on ne saurait donner de l'une ni de l'autre hypothèse des preuves matérielles et manifestes. En tout cas, il est à noter que sa descendance tout entière va désormais présenter toutes les marques de la dégénérescence nerveuse bien caractérisée.

Charles-Quint est épileptique, Philippe II est plus difficile à ranger dans une catégorie pathologique. Il suffirait pourtant d'avoir vu l'Escorial et la chambre où vécut le sombre despote pour soupçonner un cerveau constitué en dehors de la moyenne normale. Son premier fils, don Carlos, le triste et douloureux héros de Schiller, n'est en réalité qu'un atroce et cruel maniaque; son second fils, Philippe III, indolent et bigot, finit par l'aliénation; son petit-fils, Philippe IV, ne possède qu'une intelligence plus que débile. Quant à son arrière-petit-fils, Charles II, il condensera en lui seul toutes les tares de sa race: imbecile, infirme, épileptique, hypocondriaque, aliéné, il n'aura heureusement pas d'enfants et sera le dernier de sa

(1) *Journal des Débats*, numéro du mercredi matin, 10 mai 1893.

famille. Avec lui s'éteint cette longue lignée qui, pendant deux cent cinquante ans, a occupé le trône d'Espagne au milieu de toutes les intrigues de cour qui marquent l'anarchie gouvernementale et la décadence de l'Etat.

Et si tragique qu'ait pu être parfois l'existence individuelle de chacun de ces malheureux ou de ceux qui les entouraient, il y a quelque chose de plus sinistre encore dans cette inexorable fatalité qui pèse, durant deux siècles et demi, sur l'une des plus illustres maisons royales qui aient dominé l'Europe. Toute la descendance légitime est frappée; les bâtards seuls échappent. Parmi eux, don Juan d'Autriche ou Alexandre de Parme laisseront la réputation de généraux hors ligne. Quant aux autres, ceux de la branche régnante, avec leurs yeux mornes, leur teint cadavérique d'éternels malades, leurs mentons proéminents d'indolents hébétés, tels que les a peints Velasquez, ils sont moins odieux encore que pitoyables. Pour une fois, en diagnostiquant une lésion organique, la science a fait une œuvre de poésie plus terrifiante que les inventions les plus terribles des romanciers ou des dramaturges.

MAURICE SPRONCK.

VISIONNAIRE.

Sous ce titre, le *Journal des Débats* (numéro de vendredi matin, 3 juin 1893) publie l'analyse d'un petit livre étrange, qui est le récit, fait par le malade lui-même, d'un délire religieux avec hallucinations intenses de la vue (visions apocalyptiques), de l'ouïe et de l'odorat, idées de suicide, etc. Ce livre est intitulé le « Serpent ancien, appelé le Diable et Satan, celui qui séduit tout sur la terre »; il est signé Thomas Godfroy Jack, et édité à Londres, chez Lipshytz, membre de la « mission Barbycane ». L'auteur y raconte, en un style parfois bizarre, la souffrance d'une âme que la vie tourmente, que le doute accable, que des tentations de suicide assiègent, et qui finit par trouver le calme dans l'abri des Saintes Ecritures.

M. Thomas Godfroy Jack habitait à Bath; depuis longtemps, il vivait dans une sorte de malaise qui le faisait horriblement souffrir : des terreurs vagues le hantaient, il devenait « mélancolique et hypocondre ». C'était au moment de la mort de l'empereur d'Allemagne, Frédéric le Noble, et il se persuadait qu'il allait mourir, lui aussi, d'une maladie lente et douloureuse. Dans l'angoisse où ses sombres pensées le tenaient, il prit enfin la résolution de se suicider. Il partit donc pour Brighton, décidé à se jeter du haut de la falaise; mais une force mystérieuse le retenait toujours, au moment où, penché sur l'abîme, il voyait la mer battre avec force la base des rochers,

et chaque jour il rentrait chez lui, impuissant, morne ou irrité contre sa faiblesse. Or, un soir que, revenant de Rottingdean, il suivait le petit sentier, qui, « comme un fil blanc, se déroulait parmi les bruyères au haut de la falaise », il lui arriva une étrange aventure : « Il me sembla, tout à coup, raconte-t-il, qu'un homme portant un masque noir comme celui d'un bourreau me suivait. Je me retournai pour le poursuivre : il se laissa approcher, et quand je fus près de lui, je vis qu'il soulevait une grande boîte qui ressemblait à un cercueil ; et au fond de cette boîte, il y avait des morceaux de crânes et des lambeaux de cadavres en pourriture. Je frissonnai de terreur à cette exposition lugubre, et je reconnus Satan... Je poursuivis ma route, et je commençais à me rapprocher de la maison, lorsque soudainement je me trouvais à l'entrée d'une longue avenue de formes silencieuses, assises de chaque côté du chemin, la tête penchée, dans l'attitude d'un morne découragement. Des vapeurs sulfureuses montaient autour d'elles et j'en sentais l'odeur, comme celle de l'abîme. En tête des rangs sinistres et un peu éloigné des autres, siégeait un être noir et formidable : je m'approchai lentement de lui, en le regardant en face, mais sans oser le toucher, de peur qu'il ne sautât sur moi. Son expression était rigide et morte comme celle d'une tête sculptée dans l'ébène ou l'acajou ; les yeux étaient enfoncés et toute la figure semblait noircie et brûlée par des feux intérieurs. Ensuite j'allai tout le long des rangs silencieux des êtres muets en regardant leurs têtes penchées, mais aucun d'eux ne leva les yeux sur moi, aucun ne dit mot, aucun ne fit un signe. Une nécessité et une contrainte terribles pesaient sur eux et fermaient leurs bouches dans un silence de mort. »

L'aventure de M. Thomas Godfroy Jack ne s'arrête pas là. Il continue sa route et bientôt à la diabolique apparition du cercueil et des êtres muets succède un riche et merveilleux spectacle : « Le soir tombait : la lueur du soleil couchant éclairait la mer, et les nuages ressemblaient à des montagnes d'une blancheur éclatante : tout à coup, sur le fond lumineux du ciel, se déroula un splendide tableau qui rappela immédiatement à mon imagination excitée l'histoire de la transfiguration. A gauche, je vis la figure d'un agneau ; à droite, comme dans un tableau du Corrège empreint sur les nuages, le Rédempteur tout en blanc, et qui semblait planer. Puis, étagés derrière ce premier plan, apparaissaient des êtres vénérables, de dignes et graves figures de patriarches et de prophètes. Pendant que je regardais cet étrange spectacle, je vis soudainement une forme colossale d'ange qui me regardait du haut de son chariot, lequel dominait la partie de la falaise où je me trouvais. L'apparition était nue, et trônait dans ce char aérien,

comme ceux des dieux païens, selon la fameuse croyance des temps antiques. Deux anges qui marchaient en avant des chevaux semblaient me désigner du doigt d'une manière menaçante. Surpris et abasourdi par une rencontre si différente de tout ce que j'avais vu jusqu'alors, j'ôtai mon chapeau et le posai à terre à côté de moi, sans faire ni révérence ni salut à l'être gigantesque, ce dont je me réjouis maintenant. Alors, le prince du pouvoir de l'air, Satan, car je sais aujourd'hui que c'était lui, me cria : « Quitte ce monde, qui m'appartient, et que tu as trop longtemps souillé de ta présence » ; paroles qui me remplirent d'une grande terreur, car elles étaient les indices de ma condamnation complète. Et aussitôt qu'il les eût prononcées, tout disparut comme une vapeur diaphane, selon la description de Milton, à la fin du premier livre du *Paradis retrouvé*... »

M. Thomas Godfroy Jack rentre alors chez lui ; mais il ne peut dormir : des formes horribles remplissent sa chambre, il aperçoit des tombeaux pleins de feu, puis une vaste plaine, couverte de cadavres mutilés, sur lesquels plane une lumière blafarde, et la plaine est parcourue en tous sens par de « petits êtres difformes et aplatis », qui rampent au milieu des corps et qui portent sur leur dos « des instruments de torture ». Les frayeurs du malheureux redoublent : pendant plusieurs jours il vit dans un état d'affreuse détresse ; enfin un « bienheureux matin qu'il était allé à Yarmouth avec un jeune homme pour s'amuser un peu à la pêche, la paix et le pardon lui furent accordés par le Seigneur, et le calme rentra dans son âme ». Il se convertit bientôt à Folkestone, et « après avoir pris le rafraîchissement spirituel de la sainte communion dans une église évangélique », il se sentit définitivement guéri de ses terreurs.

FAITS DIVERS.

L'ovariotomie comme traitement de l'aliénation mentale. — On lit dans la *Revue scientifique* (numéro du 22 avril 1893) : « Les directeurs d'un asile d'aliénés, aux États-Unis, s'étant persuadés que la castration, — l'ovariotomie, — devait être un excellent agent thérapeutique dans les cas d'aliénation mentale, firent choix de cinquante patientes et commencèrent à s'exercer. Tout alla fort bien jusqu'à la cinquième patiente, qui s'avisa de mourir après l'opération. Les opérateurs en éprouvèrent quelque ennui, mais ils auraient bien passé par dessus, si quelques personnes n'avaient mis leur nez dans l'affaire et exigé une enquête officielle. Cette enquête aboutit naturellement à l'interdiction absolue de la continuation de la petite expérience, que l'on condamna comme illégale, brutale et inhumaine, du moment où il

n'existe pas de symptômes spéciaux indiquant l'utilité de l'ovariotomie. »

La longévité héréditaire. — Prosper Lucas, dans son *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle*, n'a pas manqué de signaler l'influence de l'hérédité sur la durée de la vie. « L'expectative la mieux fondée d'une longue vie est celle qui repose sur la descendance d'une famille dans laquelle on est parvenu à un âge avancé. » Il cite un grand nombre de cas, de familles dans lesquelles la longévité était en quelque sorte héréditaire. Aux nombreux exemples cités par notre savant confrère, à ceux publiés depuis lui, il faut joindre le suivant, que nous reproduisons d'après la *Revue scientifique* (numéro du 6 mai 1893) :

« *Nature* signale une famille dans laquelle la longévité paraît être une règle. Il s'agit de la famille de M. Henry Périgal, trésorier depuis quarante ans de la Société royale de météorologie de Londres, et dont on célébrait dernièrement le 92^e anniversaire. Le père de M. Périgal est mort à 99 ans passés ; il avait douze frères, dont cinq seulement moururent avant 90 ans (64, 67, 77, 80 et 88 ans), la moyenne pour les autres étant de 93 ans. Le père et la mère de cette lignée remarquable étaient morts tous deux en 1824, le premier âgé de près de 90 ans, la seconde de plus de 80 ans. M. Henry Périgal est lui-même l'aîné de six enfants dont l'un a vécu jusqu'à 85 ans et dont le plus jeune (actuellement il a 82 ans !) assistait au dîner offert à son aîné.

L'assistance publique des aliénés et des épileptiques dans l'Etat de New-York. — On lit dans la *Revue scientifique* (numéro du 27 mai 1893) :

Depuis quelque temps, il était question, dans l'Etat de New-York, de fonder une colonie d'épileptiques, et l'idée n'a rien que de très humain et de charitable. Le projet a cependant échoué, par le veto du gouverneur dudit Etat, et si l'on doit considérer ce résultat avec regret, il faut bien avouer aussi que les raisons invoquées ont quelque valeur.

Le gouverneur fait, en effet, remarquer que pour le seul Etat de New-York, le budget de la charité atteint la somme de 21 millions annuellement. Pour les aliénés, on dépense 14 millions 280,000 francs (et ceci ne comprend pas, naturellement, les frais de premier établissement, la construction de neuf asiles ayant coûté 55 millions) ; et le reste va aux sourds et muets, aux aveugles, aux idiots et faibles d'esprit. Ces 21 millions représentent près de la moitié du budget total dont dispose l'Etat, et on comprend que le gouverneur hésite à accroître les charges du chapitre charité. Il est curieux de voir jusqu'où va le socialisme d'Etat, car ce n'est point autre chose, dans ce cas

particulier, et on peut se demander jusqu'où il ira : ne faudra-t-il pas faire pour les alcooliques, pour les tuberculeux, etc., ce qui se fait pour les aveugles et les aliénés ? Et l'Etat n'en viendra-t-il pas à dépenser la plus grande partie de ses ressources dans l'œuvre charitable, mais peu avantageuse au point de vue social, qui consiste à assurer la conservation des moins aptes, et ceci, nécessairement, au détriment des mieux doués ? Il y a matière à réflexions sérieuses, même pour qui n'accepte point la philosophie de Nietzsche. (*N.-York med. Record*, 13 mai.)

Suicide étrange. — On lit dans le *Journal des Débats* (numéro du dimanche matin 21 mai 1893) :

« M^{me} Duguay, âgée de cinquante-quatre ans, était atteinte, depuis plusieurs années, d'une affection contagieuse de la face. Elle fut admise d'urgence à l'hôpital Saint-Louis, il y a six mois environ. La pauvre femme, fatiguée de vivre au milieu des malades, voyant son état désespéré, demanda au médecin en chef du service où elle était placée sa sortie qu'elle obtint deux jours après.

« M^{me} Duguay sortit de l'hôpital. A peine était-elle arrivée sur la berge du canal Saint-Martin, qu'elle se jetait à l'eau. Un marinier se porta à son secours, la sauva, puis la transporta au poste de secours du quai Jemmapes.

« Après avoir reçu les soins que nécessitait son état, M^{me} Duguay sortit. Mais elle n'avait pas abandonné son projet. A l'angle de la rue du Faubourg-du-Temple et de la rue Fontaine-au-Roi, elle se jeta au-devant du funiculaire ; le mécanicien fut assez heureux pour arrêter à temps sa voiture. Cette fois encore, M^{me} Duguay, qui avait reçu à la face quelques contusions, fut conduite dans une pharmacie, où des soins lui firent prodigués.

« Pour la troisième fois, la désespérée tenta à ses jours ; elle prit à la terrasse d'un café, un verre qu'elle brisa et avec les débris se laboura les tempes. Au poste de police, où on la conduisit aussitôt, elle rendit le dernier soupir. »

Epidémie de suicide à Budapest. — On télégraphie de Budapest, le 22 juin, à l'Agence Havas :

Une véritable épidémie de suicides semble sévir actuellement à Budapest. Dans la seule journée d'avant-hier, on en a compté sept.

Les médecins attribuent cette folie à l'alcoolisme causé par les vins frelatés.

Mémoire visuelle extraordinaire chez un épileptique. — M. Pacetti signale, dans la *Riforma medica*, l'observation d'un jeune épileptique, d'intelligence débile, qui est doué d'une mémoire prodigieuse, d'origine visuelle. A peine a-t-il regardé pendant un court moment un panorama très compliqué, qu'il est capable de le décrire ensuite avec la plus grande exactitude.

Cette visualité est tellement prédominante que les sensations auditives, un peu intenses, se transforment immédiatement chez ce sujet en sensations colorées. Il a aussi imaginé des procédés de simplification des quatre opérations, sans avoir jamais pu opérer une division d'après la méthode classique. (*Revue scientifique*, numéro du 1^{er} juillet 1893.)

Grèce. — Une chaire de clinique des maladies nerveuses et mentales vient d'être créée à la Faculté de médecine d'Athènes. Nous sommes heureux d'apprendre que le titulaire en est notre savant collaborateur, M. le D^r Catsaras, médecin de l'asile de Dromocaïtis.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Prix proposé pour 1894.

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur une question de pathologie mentale.

Prix proposés pour 1895.

PRIX AUBANEL. — 2,000 francs. — Question : *Des variétés cliniques du délire de persécution.*

PRIX BELHOMME. — 800 francs. — Question : *Du traitement hygiénique et pédagogique de l'idiotie (arriérés, débiles, imbeciles, idiots).*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MORREAU (DE TOURS). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1893 ou 1894 dans les Facultés de médecine de France sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits pour le prix Esquirol pour 1894 devront être déposés le 31 décembre 1893; les mémoires manuscrits et imprimés pour les prix à décerner en 1895 devront être déposés le 31 décembre 1894, chez M. le D^r Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant: ANT. RITTI.



L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le Congrès annuel des médecins aliénistes de langue française. — 4^e session à La Rochelle.

Le Congrès annuel des médecins aliénistes de langue française s'est ouvert le 1^{er} août à La Rochelle. Parler du succès de nos Congrès annuels est devenu chose banale, puisque chaque année nous constatons que la réunion a été pleine d'intérêt ; tous ceux qui y ont pris part y ont trouvé un enseignement utile, et ont passé en même temps quelques journées fort agréables. Notre confrère Mabillet et M^{me} Mabillet avaient l'un et l'autre bien travaillé pour que les membres du Congrès emportassent le meilleur souvenir de La Rochelle, et ont tous deux bien réussi. Comme à Blois, un certain nombre de dames avaient accompagné leurs maris et ne l'ont point regretté. La Rochelle offre suffisamment de ressources pour que les dames aient pu visiter la ville en touristes pendant les séances du Congrès, et tout le monde était réuni pour prendre part aux excursions et aux fêtes organisées en l'honneur du Congrès.

Le Comité d'organisation avait réuni quatre-vingt-onze adhérents. C'est un peu plus qu'à Blois, un peu moins qu'à Lyon. On peut diviser les membres du Congrès en trois catégories : En première ligne, viennent ceux qui, partisans convaincus de l'utilité du Congrès, tant au point de vue scientifique, qu'au point de vue de resserrer les liens de la confraternité entre médecins d'asiles, sont des adhérents de fondation, et se retrouvent réunis chaque année avec un nouveau plaisir.

En seconde ligne viennent ceux que des convenances particulières, ou des relations d'amitié ont attiré au lieu du Congrès, qui y prennent part volontiers, font parfois des communications très intéressantes, mais ne reviendront point l'année suivante. Ce sont les congressistes d'occasion à côté des congressistes-nés. En troisième lieu vient l'appoint fourni par un élément local qui ne se déplace jamais, et l'importance de cet appoint varie nécessairement suivant que le lieu du Congrès se trouve dans une grande ou dans une petite ville.

En dehors de ces trois catégories on pourrait, par opposition, en décrire une quatrième, c'est celle des médecins d'asile qui ne viennent jamais au Congrès, ne font même pas acte d'adhésion et laissent sans réponse toutes les communications du Comité d'organisation. Ce sont les indifférents de la corporation, je ne dirai pas les égoïstes, parce que le mot est certainement trop fort, mais ce sont ceux qu'on a besoin de rappeler au sentiment de la confraternité.

Parant avait soutenu à Lyon que nos Congrès annuels ne devaient pas former des sessions isolées l'une de l'autre, mais devaient former la base d'une véritable association entre les médecins aliénistes, et il rappelait qu'en somme l'union fait la force.

Revenons à La Rochelle. M. Delmas, député, maire de la ville, a souhaité la bienvenue aux membres du

Congrès ; le D^r Doutrebente a présenté les comptes de la session de Blois ; on a procédé à la constitution du bureau et à la désignation des présidents d'honneur. Ont été acclamés : MM. Christian président, Cullerre, Doutrebente, Régis, vice-présidents ; Mabilie, secrétaire général ; Colin et Pactet, secrétaires des séances. M. le D^r Drouineau, inspecteur général des services administratifs, assistait au Congrès comme délégué du ministre de l'Intérieur, et figure parmi les présidents d'honneur.

Ces préliminaires remplis, on a abordé la première question mise à l'ordre du jour : les auto-intoxications dans les maladies mentales. Ce qui distingue le Congrès de La Rochelle des précédents Congrès annuels, c'est l'ampleur donnée par les rapporteurs à l'examen des questions. Le travail de MM. Régis et Chevalier-Lavaure sur les auto-intoxications dans les maladies mentales forme une brochure très dense de 95 pages. Les auteurs partent de ce principe que les troubles de la nutrition sont une altération de la vie des cellules : la vie des cellules comporte d'une part l'assimilation des matières qui circulent dans le sang, et d'autre part la désassimilation des substances transformées. Les produits de désassimilation sont toxiques ou peuvent le devenir ; à l'état normal ils sont éliminés ou neutralisés par certains organes. Il y a auto-intoxication s'il y a excès de production ou insuffisance d'élimination. Les auteurs du rapport présentent un historique très complet de la question en général, citant rapidement les travaux qui ont été faits au point de vue chimique et au point de vue expérimental, dans l'organisme normal et dans l'organisme malade, et ils arrivent à l'étude particulière de l'application de ces données aux maladies mentales.

L'examen des produits d'excrétion, et en particulier de l'urine, joue un grand rôle dans les études de ce genre. La quantité et la qualité de l'urine sont plus ou

moins modifiées dans la manie, la lypémanie, l'idiotie, la démence, la paralysie générale. On rencontre aussi parfois dans l'urine des aliénés, des produits anormaux, albumine, glucose, acétone, etc. On a également examiné chimiquement le sang, le suc gastrique récolté chez des aliénés.

Les premières recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine dans les maladies mentales sont dues à l'un des auteurs du rapport M. Chevalier-Lavaure; la toxicité varie selon les diverses formes de l'aliénation mentale.

Après l'urine, vient le sang, dont la toxicité est passée en revue, et comparée à celle de l'urine. Cette toxicité peut être inverse dans le sang et dans l'urine.

MM. Régis et Chevalier-Lavaure arrivent aux faits d'ordre clinique, et pour eux, la folie de la fièvre typhoïde est le type des folies liées aux maladies aiguës infectieuses. Ils citent les psychoses des fièvres éruptives, de l'érysipèle, du choléra et s'étendent sur celles de l'influenza et de l'état puerpéral, de la polynévrite, et sur celles qui sont consécutives aux opérations chirurgicales. Les observations de psychoses liées aux maladies infectieuses montrent que les symptômes sont généralement ceux qui ont été décrits par Chaslin sous le nom de confusion mentale. On observe fréquemment du délire des grandeurs, et parfois un ensemble symptomatique rappelant la paralysie générale. On tend aujourd'hui à considérer la paralysie générale, indépendamment de la prédisposition originelle toujours nécessaire, comme relevant d'une influence toxique, et cette vue jetterait un jour nouveau sur les relations de la syphilis avec la paralysie générale.

Les auteurs recherchent ensuite l'influence des maladies viscérales et rencontrent les états mentaux liés aux troubles gastriques, intestinaux, utéro-ovariens, à l'insuffisance hépatique, à l'urémie; ils rattachent ces états

mentaux à l'auto-intoxication. Les folies des diathèses, quoique pouvant être rattachées au même ordre d'idées, ont paru à MM. Régis et Chevalier-Lavaure comporter par leur importance et leur étendue une étude distincte, et ont par conséquent été laissées de côté.

Sans formuler des conclusions fermes et définitives, que l'état actuel de la question ne comporte pas encore, les rapporteurs, dans leur résumé général, insistent sur le rôle important des auto-intoxications dans les maladies mentales, fait qui serait démontré dans un grand nombre de cas par la modification des humeurs. La confusion mentale paraît le symptôme caractéristique de la psychose infectieuse ; les psychoses viscérales seraient, elles aussi, dans une large mesure, la conséquence d'une auto-intoxication. L'indication thérapeutique serait, dans tous ces cas, un traitement anti-infectieux, anti-septique, général ou local.

Une grande discussion s'est ouverte sur l'exposé du rapport fait par M. Régis. M. G. Ballet a fait l'exposé de ses recherches personnelles sur la toxicité urinaire, et est arrivé à cette conclusion, qu'il faut se montrer très réservé. Quand on fait des expériences sur des animaux avec un liquide aussi complexe que l'urine, les résultats obtenus changent si la technique varie. Ainsi, il faut tenir compte de la vitesse des injections, de la température du liquide, de la quantité d'urine rendue par le malade, du régime du malade, de la résistance individuelle de l'animal qu'on emploie pour l'expérience, enfin on rencontre des faits qui déconcertent, par exemple une série où l'eau est plus toxique que l'urine, où une urine artificielle est hypertoxique. La conclusion à laquelle est arrivé M. G. Ballet est qu'il faut réunir des faits et se garder d'établir aujourd'hui des lois d'après un nombre restreint d'expériences.

M. J. Voisin a, comme M. Ballet, insisté sur l'import-

tance du manuel opératoire dans les recherches expérimentales sur la toxicité urinaire, si l'on veut avoir des résultats concordants, et a indiqué sa technique. Il a observé que chez les épileptiques les urines étaient hypotoxiques avant les séries d'attaques et hypertoxiques après la série.

M. A. Voisin a apporté plusieurs observations dans lesquelles on pourrait croire à une auto-intoxication si les résultats de l'autopsie ne contredisaient pas cette manière de voir. Il a observé toutefois d'autres cas où la folie était liée à l'albuminurie, à une affection du foie, et où l'on doit conclure à l'auto-intoxication.

M. Séglas a présenté quatorze observations inédites de confusion mentale consécutive à la puerpéralité ou à une maladie infectieuse, et donné les résultats de ses recherches personnelles sur la toxicité urinaire dans ces divers cas.

M. Legrain a rapporté deux observations qu'il rattache l'une à une auto-intoxication gastro-intestinale, l'autre à une altération de la fonction rénale comme semblerait l'indiquer la courbe de l'urine qui est polyurique et hypoazoturique.

M. Cullerre a observé cinq cas de folie brightique, et a présenté le résumé de ses observations.

MM. Michau et Mabille ont communiqué le résultat de leurs constatations chez des arthritiques. Les urines contenaient un excès d'acide urique et une quantité d'albumine faible mais persistante, ni pus, ni sang, ni cylindres. Les malades étaient tristes, sans volonté, courbaturés, surtout le matin. Dans la journée, les accès disparaissaient, la présence de l'indican en grande proportion dans les urines devait faire conclure à des troubles de digestion; un traitement antiseptique faisait disparaître l'indican dans l'urine, et l'état mental s'améliorait.

Il s'est encore engagé une discussion générale à

laquelle ont pris part MM. Charpentier, Colin, Giraud, Doutrebeute, Deny, Brissaud, Briaud, Roubinovitch. M. Régis a ensuite repris la parole pour maintenir les propositions formulées dans le rapport et la discussion a été close. Elle avait occupé les deux séances de la première journée du Congrès.

Après la séance de l'après-midi la municipalité de la Rochelle faisait les honneurs des vieilles tours de la ville, et le soir une brillante réception réunissait les congressistes à l'Hôtel de Ville.

Le 2 août, la séance du matin a été consacrée à l'examen de la seconde question : « Des faux témoignages des aliénés devant la justice. » Dans un rapport très remarquable M. Cullerre a exposé que la question se présentait sous plusieurs faces. Les témoins judiciaires sont fortuits, désignés en quelque sorte par le hasard. Il peut donc se faire qu'un aliéné soit appelé en qualité de témoin devant la justice. Cet aliéné est-il apte à déposer, et en tous cas quelle est la valeur de son témoignage ? La réponse est que c'est un témoin toujours dangereux et on ne peut l'entendre qu'à titre de renseignements. Les témoins les plus dangereux sont les aliénés vivant en liberté, car ils ne portent aucune marque distinctive qui les désigne à la circonspection du juge.

M. Cullerre a examiné les cas où les aliénés sont de véritables faux témoins. Dans un premier groupe de faits on trouve l'aveu d'un crime imaginaire, que font certains aliénés dans des circonstances déterminées. Ce sont les auto-accusateurs. Dans un second groupe on trouve les accusations portées contre autrui par les persécutés persécuteurs, accusations qui prennent naissance dans le délire de l'aliéné. Dans les deux groupes de faits l'hallucination et le rêve jouent un grand rôle. Les auto-accusateurs sont souvent des alcooliques, ainsi que l'avait déjà observé Lasègue.

La discussion s'est bornée à apporter un appoint de faits nouveaux à ceux qu'avait présentés le rapporteur. C'est ce qu'ont fait MM. Doutrebente, Roubinovitch au nom d'A. Voisin, Mabillet, Charpentier, J. Voisin, Briand et Régis. Sur la proposition de M. Briand, le congrès a émis le vœu que les autorités compétentes n'acceptent qu'avec la plus grande réserve le témoignage des aliénés.

Entre la séance du matin et la séance de l'après-midi la commission administrative des hospices de la Rochelle faisait les honneurs de l'hôpital civil, présentait la charte de fondation signée par Louis XIV, montrait les progrès réalisés au point de vue de l'hygiène, et notamment le pavillon isolé, à simple rez-de-chaussée, construit pour les contagieux.

La seconde séance de la journée a été employée à la discussion du rapport sur les sociétés de patronage pour les aliénés. L'auteur de cette chronique avait été chargé du rapport. Son très distingué confrère le D^r Ladame a bien voulu s'adjoindre à lui et a présenté, pour sa part de collaboration, une étude fort complète et des plus intéressantes sur les sociétés de secours aux aliénés en Suisse.

On sait à quelle idée répondent les sociétés de patronage pour les aliénés. Il n'y a pas de transition pour le malade guéri entre la séquestration à l'asile et la vie libre. L'aliéné qui n'a pas de famille rencontre, après sa guérison et au sortir de l'asile, de nombreuses préventions ; les difficultés de la vie sont plus grandes pour lui que pour tout autre. En outre, il y a bien des préjugés à combattre pour que l'aliéné soit considéré comme un malade et non comme un être à part, dont on pourrait faire sans pitié un objet de risée.

Le rapport sur les sociétés de patronage pour les aliénés a présenté l'historique de la question, tant en

France qu'à l'étranger, le mouvement qui s'est opéré dans notre pays à la suite de l'intervention du Conseil supérieur de l'Assistance publique, et a abordé l'examen des principaux types des sociétés qui ont été fondées. La société la plus ancienne a été organisée dans le duché de Nassau, en Allemagne, en 1829. La société la plus prospère en France est celle qui a été créée à Paris, par Falret père et Baillarger. La société la plus riche se trouve en Italie, à Milan. Mais c'est en Suisse qu'on rencontre le plus grand nombre de sociétés organisées; il en existe neuf, et celle de Berne, fondée en 1880, comptait, en 1890, six mille cinq cent cinquante membres.

Les conclusions du rapport sur les sociétés de patronage pour les aliénés présentent trois propositions :

1° Tout asile devrait être, sinon pourvu d'une société de ce genre, au moins affilié à une œuvre de patronage, pour que l'assistance, si elle est encore nécessaire, ne s'arrêtât pas au seuil de l'Asile.

2° L'organisation d'une société de patronage pour les aliénés sortant de l'Asile est toujours possible.

3° L'organisation de la société de patronage doit varier suivant qu'on se trouve dans une grande ville ou en dehors d'une grande agglomération de population.

Dans le premier cas, on doit se préoccuper avant tout de procurer un refuge temporaire aux convalescents nécessiteux sortant de l'asile, pour les mettre à l'abri de la misère en attendant qu'ils aient trouvé une occupation.

Dans le second cas, on doit surtout répondre aux nécessités de l'assistance par les secours à domicile. Il faut donc, tout d'abord, constituer une caisse de secours distincte de celle de l'Asile, avec son capital de réserve, et s'attacher des correspondants affiliés à la société sur tous les points où l'assistance doit s'exercer. Le produit

du travail des aliénés est appelé à jouer un rôle pour l'alimentation de la caisse de secours.

Le patronage des aliénés étant lié à l'assistance donnée à l'Asile, le personnel médical et administratif des asiles doit former partie intégrante des agents actifs de l'œuvre, et le siège de la société doit être, sinon à l'Asile, au moins à proximité de l'Asile.

La discussion s'est ouverte après un exposé oral des points principaux traités dans le rapport. M. Bourneville, dont on connaît le beau mémoire présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique, a pris la parole le premier. Il a insisté sur les résultats obtenus en Suisse. Ce sont des faits qui font tomber l'objection que les sociétés de patronage n'ont point d'utilité dans les régions agricoles. Les œuvres de patronage ont pour effet de réduire le nombre des journées des aliénés à l'Asile et il y a là une œuvre économique à faire valoir auprès des administrations. Il faut pour ces sociétés une organisation appropriée au département, mais ce qu'il faut surtout, c'est combattre les préjugés, faire des conférences, comme jadis Morel à Nancy, et donner à la société un caractère populaire, comme à Appenzell, par exemple. La conclusion de M. Bourneville est que ce qui est possible ailleurs, est possible en France.

M. Charpentier a émis des doutes sur l'opportunité des conférences préconisées par M. Bourneville et croit qu'elles seront plus nuisibles aux médecins qu'utiles aux aliénés.

M. Toutant a communiqué le rapport favorable fait à la commission départementale pour l'organisation d'une société de patronage dans la Charente-Inférieure.

M. Mabilley a donné lecture d'un mémoire adressé par M. Pons et formulant diverses objections à l'organisation des sociétés. M. Pons est partisan de secours donnés par l'asile avec des ressources demandées à la charité

publique. De son côté M. Mabilie a soulevé une question de déontologie médicale : A-t-on le droit de s'ingérer dans les affaires d'un aliéné guéri, et la demande faite à un tiers pour le placement d'un malade sortant de l'asile ne constitue-t-elle pas une violation du secret médical ?

MM. J. Voisin et Charpentier ont répondu à la question soulevée par M. Mabilie, qu'il n'y avait pas de secret professionnel en jeu quand il s'agissait d'assister un malheureux.

M. Drouineau a dit que dans toutes les questions d'assistance on voyait apparaître des difficultés, avant même que l'œuvre existât. Il y a en faveur des sociétés de patronage pour les aliénés une idée qui se répand, qui fait son chemin, et il ne faut pas désespérer.

M. Doutrebente a exposé les difficultés qu'il a rencontrées et finalement son insuccès pour organiser une société de patronage à Blois. Il a critiqué comme contraire au règlement la mesure adoptée à Bailleul et dans les asiles de la Seine-Inférieure, de verser le pécule des aliénés décédés à la caisse de secours pour les nécessiteux sortis de l'asile.

M. Drouineau a répondu à cette dernière objection que le règlement pouvait toujours être modifié par le ministre.

La discussion étant épuisée, le Congrès a adopté les propositions formulées dans le rapport et qui ont été reproduites ici.

La séance a été terminée par une communication de M. Luys sur les couronnes aimantées et sur la production des effluves magnétiques.

Le soir, banquet confraternel sur la plage de Chate-laillon, banquet suivi d'un concert offert aux membres du Congrès par l'administration du Casino de la plage.

La troisième journée était pour l'asile de Lafond. On a débuté par une courte séance dans la salle des fêtes.

M. Lagrange a communiqué une observation d'astasié-abasie chez un dégénéré héréditaire, hystérique, pour-suivi pour faux et ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu. Une discussion s'est engagée. M. Charpentier a soutenu que nos doctrines médicales conduisent à l'acquiescement d'individus qu'on ferait mieux de considérer comme vicieux, qui troublent l'ordre dans la société, et sont plus à leur place en prison qu'à l'asile. MM. Legrain et Régis ont protesté contre la théorie de M. Charpentier. M. Mabilie a fait une présentation de malades et on a ensuite procédé à la visite de l'asile.

Personne ne sera surpris si l'on dit que l'asile de Lafond est un établissement fort bien tenu. Tous ceux qui connaissent notre confrère Mabilie n'en pouvaient pas douter. Chacun avait reçu une notice avec plan de l'asile, et on avait ainsi sous les yeux tous les renseignements sur le fonctionnement de l'établissement.

L'asile de Lafond possède 51 hectares 28 ares ; c'est, par rapport à la population, une surface un peu plus considérable que celle demandée par le rapport des inspecteurs pour un asile ayant les deux sexes. Cette surface se répartit de la manière suivante :

	hect.	ares.
Terrains d'assiette.	4	50
Jardins et culture maraîchère. . .	6	78
Ferme et ses dépendances	40	»
Total.	51	28

En dix ans la population est montée de 354 à 426 malades ; l'augmentation a porté surtout sur les indigents. Ce qui a augmenté aussi, c'est le bien-être des malades. Les pensionnats sont fort importants à Lafond ; les indigents n'ont pas été négligés. Les bâtiments de l'asile primitif qui leur sont affectés datent de

1828, mais sont bien aérés, les lits sont toujours dans les trumeaux des fenêtres ; tous les malades couchent sur un sommier ; les lavabos sont bien disposés avec des serviettes ; on a adopté les tables de marbre pour les réfectoires. Chaque année, suivant la coutume du pays, les murs sont blanchis à la chaux. Les préaux des indigents sont des jardins plantés de fleurs.

Comme dispositions de détail remarquées à l'asile de Lafond, on doit signaler un réfrigérant pour le service de l'hydrothérapie, une combinaison de robinets permettant d'augmenter la pression de l'eau ; enfin, toute l'eau destinée à la boisson a passé par un filtre Chamberland. L'asile est pourvu d'un pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses, est dépositaire d'une étuve locomobile à désinfection, achetée par le département, et est chargé d'en assurer le fonctionnement.

La salle des morts est bien disposée et on nous a montré également le laboratoire où MM. Mabillet et Colin ont fait leurs recherches sur la toxicité des urines. Les pensionnats ont été établis avec un certain luxe et beaucoup de confortable. Un nouveau pavillon vient d'être construit pour les pensionnaires hors classe, avec cuisine spéciale, bains, salle de douches, piscine, en sous-sol. On a groupé dans ce pavillon un certain nombre d'appartements, de sorte que les malades, tout en étant réunis sous le même toit, peuvent s'isoler les uns des autres. De nouvelles constructions sont en projet (quartiers d'observation, d'enfants, d'épileptiques). Parmi les dépendances de la ferme se trouve un parc planté de beaux arbres, et servant de promenade non seulement aux pensionnaires, mais aussi aux indigents. Ce parc a été fort apprécié par les membres du Congrès, car on y avait établi une tente sous laquelle était dressée la table du déjeuner offert par l'asile, et ce repas en plein air, sous de grands arbres, faisait oublier le caractère un

peu officiel d'un banquet présidé par le préfet du département et suivi d'une série de toasts.

Après cette réception, la journée était trop avancée pour qu'on pût reprendre utilement une séance; une promenade à l'église fortifiée d'Esnandes et aux *bouchots* (parcs à moules) avait été organisée, et le Casino du Mail, ne voulant pas rester au-dessous de celui de Chatelaillon, offrait une soirée aux membres du Congrès.

La quatrième journée a été employée à l'excursion dans l'île de Ré pour visiter le dépôt des forçats de Saint-Martin-de-Ré. Ce dépôt des forçats est un pénitencier qui est la dernière étape, en France, des condamnés à la déportation. C'est là qu'ils sont réunis, classés, pour être envoyés les uns à la Guyane, les autres à la Nouvelle-Calédonie. Un départ devait avoir lieu le lendemain et ceux qui allaient s'embarquer avaient été séparés des autres, avaient revêtu leur habillement de route, et avaient sur eux le sac d'objets qu'ils doivent emporter. Tout travail avait cessé pour eux, et pour occuper la journée on avait multiplié pour eux les promenades des condamnés, isolés en commun, si l'on peut s'exprimer ainsi, promenade consistant à marcher en file indienne, en formant un grand cercle, en marquant le pas, et sans parler.

Le dépôt des forçats de l'île de Ré offre un beau champ d'études d'anthropologie criminelle. Mais une visite faite par un Congrès est trop rapide pour qu'on puisse entrer dans les détails. L'excursion avait été fort bien réglée par notre grand organisateur, le confrère Mabile, qui avait obtenu l'autorisation ministérielle nécessaire pour nous faire pénétrer dans le pénitencier. Une notice rédigée par le D^r Colin avait été remise à chacun de nous; le directeur de l'établissement a dirigé fort gracieusement la visite, et fournissait tous les renseignements qui lui étaient demandés.

Les dames avaient pris part à l'excursion, mais pas à la visite du dépôt des forçats ; on leur avait organisé pendant ce temps une promenade spéciale. Tout le monde devait se trouver réuni au déjeuner. Nous étions, nous aussi, prisonniers dans l'île, car il fallait attendre l'heure de la marée pour rentrer à la Rochelle. Une visite au phare des Baleines nous faisait voir l'île sous ses divers aspects, et voilà une journée bien employée. La population de l'île de Ré est intéressante au point de vue mental. La proportion des aliénés y est assez considérable ; mais ce qu'on rencontre surtout, c'est le suicide, et souvent pour des motifs futiles. Les habitants de l'île se marient entre eux et les croisements modifient peu les prédispositions héréditaires.

Le soir, la marée, avec laquelle il faut compter sur l'Océan, nous tenait sur mer à l'heure où d'habitude l'on dîne, et une surprise agréable nous avait été ménagée. Un souper froid, offert d'une manière charmante par notre président et par M^{me} Christian, avait apparu à bord du bateau, et il eût été difficile de faire plus gaie-ment une traversée de retour.

Le 5 août, cinquième et dernière journée à la Rochelle ; l'ordre du jour appelle la suite des communications faites en dehors des trois questions du programme (séances du matin et de l'après-midi). M. Bourneville fait une communication suivie avec beaucoup d'intérêt sur l'idiotie hydrocéphalique ; il présente un certain nombre de crânes et des photographies. Il reconnaît trois groupes d'idiotie hydrocéphaliques. Dans le premier groupe il n'y pas de grandes malformations crâniennes ni cérébrales ; parfois le cerveau est énorme avec les ventricules considérablement dilatés et les circonvolutions étalées réduites à une grande minceur (dans un cas il y avait 960 grammes de liquide) ; chez les jeunes sujets, les crânes sont minces ; chez les vieux, les crânes

sont épais. Dans le deuxième groupe, on trouve des malformations du cerveau (hémisphères cérébelleux manquant, — absence de corps calleux, — sclérose atrophique, — hydrocéphalie en partie sous-arachnoïdienne, partie ventriculaire, partie kystique). Dans le troisième groupe il y a de grandes malformations craniennes et l'hydrocéphalie est symptomatique de méningo-encéphalite ou de tumeurs cérébrales et cérébelleuses; tantôt les sutures du crâne sont ossifiées prématurément, tantôt elles sont au contraire dilatées et comme disjointes. La conclusion est que le crâne obéit à ce qui existe dessous. L'hydrocéphalie idiopathique peut rétrocéder, mais il faut avoir recours à un traitement général, et la trépanation est le plus souvent inutile. La plupart des idiots hydrocéphaliques soumis au traitement chirurgical sont morts.

M. Drouineau, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur, a fait une communication sur le travail des aliénés, et le pécule qui leur est alloué. L'asile des aliénés n'est pas seulement un centre d'études scientifiques, mais aussi un organisme administratif.

Le travail des aliénés se comprend de deux manières : 1° comme moyen de traitement, c'est ce qu'on peut résumer par la formule : « le travail fait pour l'aliéné » ; 2° comme moyen de production : c'est alors la formule : « l'aliéné fait pour le travail ». M. Drouineau fournit des renseignements statistiques pour montrer qu'il ne faut pas s'exagérer le produit que donne le travail des aliénés. Il défend naturellement la pratique tirée de la première formule : le travail fait pour l'aliéné ; le pécule qui est alloué pour ce travail est un excellent stimulant, et ce pécule doit être utilisé pour l'aliéné. Tous les médecins sont d'accord avec M. l'Inspecteur général.

M. Roubiaovitch a communiqué les observations de deux malades atteintes d'obsessions et impulsions à forme continue. L'une était une arithmomane qui épronvait constamment le besoin de compter, l'autre était atteinte d'obsessions snperstitieuses. Toutes deux épronvaient de l'angoisse si quelque chose s'opposait à la réalisation de leur obsession; mais elles se complaisaient dans leur idée morbide, il y avait continuité de l'obsession, et il semble que ce fût une habitude morbide devenue obsession.

M. Ramadier a donné lecture d'un travail sur le goître dans le département de l'Aveyron. La conclusion est que, chez les Aveyronnais, le goître est fréquent, et l'est plus chez les aliénés que dans la population saine d'esprit. La surdité est commune. La folie dégénérative est plus fréquente que les autres formes de folie, et est en rapport avec le goître qui paraît être un facteur de dégénération.

M. Marie, en son nom et au nom de M. Frièse, communique l'observation d'un persécuté-persécuter-migrateur, qui, pour échapper à ses ennemis, est allé jusqu'en Amérique, puis est revenu en France pour réagir contre ses prétendus persécuteurs. Arrêté pour menaces de mort et emprisonné, il simula une incohérence grotesque, fut l'objet d'une expertise qui révéla son véritable état mental, et fut maintenu séquestré.

M. Marie, en son nom et au nom de M. Deschamps, a communiqué la statistique de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, dont le fonctionnement a commencé au début de cette année. 82 malade ont été reçus pendant le premier semestre, et ont fourni 8214 journées dont 7993 chez les nourriciers et 221 à l'infirmerie. La mortalité a été nulle pendant le premier semestre.

M. Mabilley a lu un travail sur l'élimination de l'acide phosphorique chez les idiots. La moyenne d'acide phosphorique éliminé par les urines est au-dessous de la

normale ; il en est de même pour l'urée, et ces faits viennent à l'appui de ceux de Mairét pour faire admettre l'influence de l'activité cérébrale sur les échanges d'acide phosphorique et d'azote.

M. Séglas a communiqué, au nom de M. G. Brouardel et au sien, les observations de plusieurs malades atteints du délire des persécutions, et qu'il range sous la dénomination de persécutés auto-accusateurs et persécutés possédés. M. Séglas pense qu'on doit distinguer dans le délire des persécutions une variété psycho-motrice.

M. Legrain a lu un travail de M. Dericq sur les éruptions d'urticaire dans la mélancolie; enfin, M. Klippel a donné lecture d'un mémoire sur la pathogénie du délire alcoolique, qu'il trouve toujours lié à des lésions cérébrales dégénératives.

M. Mabilie a, en outre, déposé sur le bureau un travail de M. A. Pâris sur la lypémanie anxieuse avec délire des négations et une note de M. Vernet sur un cas de séquestration d'un aliéné par ses parents.

J'ai omis de dire qu'à une séance antérieure deux résolutions avaient été prises, l'une de désigner le président du Congrès un an à l'avance, l'autre de consacrer l'adhésion des neurologistes à nos réunions en prenant, à l'avenir, le titre de Congrès annuel des médecins aliénistes et des neurologistes de langue française, et en ne limitant pas le programme aux questions de neurologie rentrant dans le cadre exclusif des maladies mentales.

La première des résolutions a été prise à la suite d'une motion de M. Régis et sur le rapport d'une commission composée de MM. Briand, Doutrebente et Régis. L'avenir fera voir les avantages et les inconvénients de cette nouvelle manière d'opérer.

C'est M. Brissaud qui a demandé de faire figurer le mot de neurologistes dans le titre du Congrès, en faisant

valoir que notre titre actuel semblait exclure tous ceux qui n'étaient pas médecins d'Asile. En fait, nos Congrès ont toujours été ouverts à tous ceux qui s'intéressent à la pathologie nerveuse ; les maladies mentales sont une branche de la neurologie et sont en relations étroites avec les autres maladies nerveuses ; les rapports entre le tabes et la paralysie générale en sont un exemple. L'addition d'un mot, demandée par M. Brissaud, n'était pour la plupart d'entre nous qu'une question de forme, et si le titre actuel du Congrès pouvait donner lieu à un malentendu, nous avions intérêt à faire cesser ce malentendu.

Le Congrès avant de clore la session de La Rochelle a désigné le professeur Pierret pour présider la prochaine session, et a fait choix de la ville de Clermont-Ferrand pour lieu de réunion en 1894.

Le Congrès proprement dit avait terminé ses travaux, mais une dernière excursion avait été organisée pour visiter l'asile de La Roche-sur-Yon, dont notre très sympathique confrère le D^r Cullerre devait nous faire les honneurs le dimanche 6 août. Nous avions à voir ce qu'on peut obtenir avec de maigres ressources par une habile et intelligente direction, et l'objectif constant d'améliorer la situation des malades confiés à nos soins. Ce que nous avons pu admirer, c'est l'aspect riant de l'asile. Les préaux des malades ont vue sur la campagne et lorsque la nature du sol n'a pas permis d'établir des sants-de-loup, les murs des cours ont été interrompus par des grilles fort ingénieusement disposées pour ne pas faciliter l'évasion, tout en évitant les défenses pointues sur lesquelles les malades pourraient se blesser.

Avant la visite de l'établissement, chacun de nous avait reçu un plan indiquant l'état de l'asile actuel, et les constructions projetées pour donner l'extension que commande l'accroissement de la population. Nous avons

visité les bâtiments de l'asile primitif où nous avons vu les améliorations apportées, notamment les lavabos hygiéniques, ayant tous leurs cuvettes indépendantes l'une de l'autre, puis nous avons vu les nouveaux quartiers pour les malades gâteux; mais ce que l'asile de la Roche-sur-Yon offre de plus particulier à signaler, ce sont les deux quartiers nouvellement construits pour les enfants, l'un pour les garçons, l'autre pour les filles, quartiers disposés en vue de l'éducation physique et intellectuelle des petits faibles d'esprit.

L'asile n'a qu'un nombre restreint de pensionnaires, et le prix de pension est peu élevé. Une exploitation agricole fournit du travail aux aliénés et des ressources pour l'alimentation des malades. Nous avons terminé notre visite par la ferme, où notre ami Doutrebente a trouvé la confirmation de ses vues sur l'influence de l'isolement dans l'engraissement du cochon.

Pendant que le Congrès visitait l'asile, M^{me} Cullerre, de son côté, recevait les dames, les promenait dans les jardins, sur le coteau, ou autrement dit, sur la pente boisée qui descend à la petite rivière l'Yon. A midi, le déjeuner, offert par l'administration et présidé par le secrétaire général, en l'absence du préfet du département, réunissait tout le monde. Quelques toasts ont pu mettre à l'épreuve la modestie de notre collègue Cullerre; mais il était bon de lui dire, abstraction faite de toute camaraderie, en présence des représentants de l'administration et de la Commission de surveillance, ce que nous pensions de ses travaux scientifiques, et de sa manière de diriger l'asile. Puis, pour la seconde fois, la session du Congrès était déclarée close. C'était presque à regret. Le Congrès, avait formé une réunion empreinte d'une charmante cordialité; on y a bien travaillé, et le plaisir qu'on avait éprouvé n'avait nui en rien à l'intérêt scientifique. Un dernier groupe de congressistes, pour

remplir jusqu'au bout le programme des organisateurs, a été passer la soirée aux Sables-d'Olonne, sur la plage, pour respirer l'air pur et tonifiant de la mer, et là, rendez-vous a été pris pour l'année prochaine, au pied de la montagne, à Clermont-Ferrand.

A. GIRAUD.

Pathologie

LES ALIÉNÉS A TENDANCES HOMICIDES

PRÉSENTENT-ILS DES PARTICULARITÉS PHYSIQUES
CARACTÉRISTIQUES ?

Par le D^r L. CAMUSET

Directeur médecin de l'asile d'aliénés de Bonneval.

La nouvelle École italienne d'anthropologie criminelle repose sur les deux principes suivants :

1° La criminalité est une anomalie de l'espèce humaine ayant des caractères physiques et psychiques propres et déterminés.

2° L'anomalie criminalité est un phénomène de régression.

Cette doctrine déborde de conséquences philosophiques et sociales, mais elle n'est pas admise par tout le monde. Nombre d'hommes de valeur la croient exacte, et pour prouver qu'il en est ainsi, ils multiplient les statistiques confirmatives. Mais d'autres savants, nombreux aussi, ne veulent voir dans la nouvelle doctrine italienne qu'une hypothèse, quelques-uns même disent un rêve.

L'Homme-criminel est, paraît-il, sorti diminué du congrès d'anthropologie criminelle de Paris de 1889. Les caractères que l'École lui attribue y ont été très discutés. Peu après cependant, M. Marro est venu, statistiques en main, exposer que non seulement l'Homme-criminel se reconnaissait à des caractères physico-psychiques

propres, et qu'il constituait bien une véritable variété anthropologique, mais encore que cette variété elle-même comprenait onze classes différentes, chacune d'elles ayant ses signes distinctifs. Ce qui a permis à M. Lombroso de dire que son disciple Marro était le Jussieu de l'anthropologie criminelle.

En somme, la question est toujours très discutée, et en réalité non résolue. Des deux principes fondamentaux qui la constituent, le second, celui qui fait de la criminalité un phénomène de régression, ou en d'autres termes qui fait du criminel un ancêtre, ne peut être démontrée vraie qu'à la condition qu'on rétablisse d'abord le type physique et psychique de l'homme primitif, et qu'on prouve ensuite que les criminels modernes se rapprochent sensiblement de ce type. Il faudrait aussi expliquer comment l'homme dénué de sentiment altruiste est parvenu quand même à s'organiser en société et à se civiliser. Il est évident que ces problèmes très complexes ne peuvent être abordés, la plupart d'entre eux au moins, que d'une façon indirecte.

Quant au premier principe fondamental de l'École : le criminel est une variété de l'espèce humaine reconnaissable à des stigmates physiques et à des caractères psychiques spéciaux, ce n'est qu'une affaire d'observation directe, de mensuration et de statistique.

Même réduite à cette première donnée, la doctrine lombrosienne, car il est juste de la qualifier ainsi, est si importante, si féconde en déductions de toutes sortes, que nous croyons que chacun doit apporter, pour tâcher de la juger, tous les matériaux qu'il possède.

Observant donc en ce moment quelques aliénés criminels, ou dits criminels, puisque c'est cette dernière expression qu'on doit employer, j'ai pensé qu'on pourrait peut-être tirer quelques conclusions de leur étude. Je me propose de les observer au point de vue anthro-

pologique, sans aucune idée préconçue, afin de voir si, individuellement ou dans leur ensemble, ils confirment ou infirment la première donnée de la doctrine lombrosienne.

Il est certain qu'une étude semblable ne peut, à elle seule, entraîner définitivement la conviction dans un sens ou dans l'autre, elle ne vise pas si haut. Son but très modeste est seulement d'apporter un élément nouveau pour aider à la résolution d'un problème à la fois intéressant, difficile et compliqué.

Il se peut qu'on veuille dénier toute valeur aux conclusions de l'examen anthropologique d'aliénés qui commettent des crimes. Il faut donc, tout d'abord, entrer dans quelques courtes considérations préliminaires de criminologie, afin de faire voir que, si les principes de la nouvelle École sont légitimes, les aliénés à tendances homicides doivent, comme les homicides ordinaires, présenter les signes physiques de la criminalité homicide.

Au point de vue anthropologique, le crime ou délit ne doit pas s'entendre de la même façon que le crime ou délit selon le code. Il s'agit, dans ce cas, d'histoire naturelle et non de droit pénal. La loi dénomme délits, et punit comme tels, nombre d'actes qui ne sont pas des délits véritables, des *délits naturels*, mais qui sont nuisibles à la communauté, soit matériellement, soit moralement.

Qu'est-ce donc que le *délit naturel*? — L'idée du délit a varié avec les époques. Le crime et le droit de punir ont été compris de différentes manières, selon la philosophie et la civilisation du moment, et comme, en réalité, et quoi qu'en disent les pessimistes qui s'illusionnent sur le passé, les mœurs vont toujours en s'adoucissant et la morale en s'épurant, le concept du crime et du châtement, tel que se le faisaient nos ancêtres,

nous paraît bien cruel aujourd'hui. On peut dire que le crime et le droit de le punir ont été progressivement envisagés d'une façon de plus en plus *libérale*, en donnant à ce mot *libéral* la large acception qu'on lui donne de nos jours. Un homme cependant a interrompu cette progression en prêchant une doctrine extraordinairement rétrograde, une doctrine qu'on doit qualifier de monstrueuse et de criminelle pour l'époque ; mais Joseph de Maistre ne pouvait faire école, même un instant.

Ce n'est certainement pas la nature d'un acte qui rend celui-ci délictueux ; ils sont nombreux les actes qui, réputés de nos jours criminels et anti-naturels, étaient dans l'antiquité normaux et licites. Ce n'est donc pas dans l'acte en lui-même qu'il faut chercher la caractéristique du délit. En procédant d'une autre façon, en analysant les sentiments sous l'influence desquels l'acte est commis, on reconnaît que toujours et dans tous les pays, on a regardé comme criminelles les actions nuisibles et qui blessaient les sentiments moraux de la communauté. Nuisance et violation du sens moral, sont les deux conditions véritables de la criminalité. Et c'est pourquoi, ces deux facteurs variant, le second surtout, selon les temps et les races, les actes criminels sont tels ou cessent d'être tels selon les temps et les races.

Quant au sens moral, qui est l'ensemble des sentiments moraux, son existence psychologique est indéniable. Il est une qualité, ou pour mieux dire, une propriété de l'espèce humaine. Il est, comme tous les sentiments, créé par l'évolution et transmis par l'hérédité. Tous les penseurs l'admettent, ils ne diffèrent que sur la manière dont ils expliquent son mode d'origine. Pour Darwin, il est dû à une sympathie instinctive de l'honneur pour son semblable. Pour Spencer, il est dû au raisonnement. D'après ce philosophe, dès les pre-

mières agrégations humaines l'individu aurait compris la nécessité, pour sa conservation propre, de certains principes de conduite ; d'où une habitude intellectuelle transmise héréditairement et transformée en instinct. « Toutes ces expériences d'utilité, organisées et consolidées à travers toutes les générations passées, ont produit des modifications nerveuses correspondantes, qui sont devenues des facultés d'intuition morale, des émotions correspondant à la conduite bonne ou mauvaise, qui n'ont aucune base apparente dans les expériences individuelles d'utilité (1). »

Parmi les instincts moraux dont l'ensemble constitue le sens moral, l'instinct altruiste est le seul qui se retrouve toujours, à toutes les époques, dans toutes les agrégations humaines organisées, à l'exception peut-être de quelques tribus sauvages restées à la vie prédatrice et arrêtées dans leur développement, sortes de monstruosités sociales. On trouve dans l'ouvrage de M. Garofalo (2) une très ingénieuse analyse de tous les sentiments instinctifs moraux, l'honneur, le patriotisme, la pudeur, etc... L'auteur dégage ce qu'il y a de superficiel, de conventionnel même parfois, dans la plupart d'entre eux, et il arrive ainsi à démontrer que de tous les éléments constitutifs du sens moral, *l'instinct altruiste* seul se retrouve à la fois chez tous les peuples et à toutes les époques de leur histoire, depuis l'origine de l'agglomération. La conséquence en est *qu'il n'y a délit naturel que lorsque l'instinct altruiste est violé*. Encore faut-il que cet instinct soit violé dans une certaine mesure, mesure fixée par la moyenne du sentiment altruiste dans chaque race envisagée.

Cet altruisme, appendice à l'origine de l'instinct

(1) Spencer : *Les bases de la morale évolutionniste*, chap. VII.

(2) Garofalo : *La criminologie*. Paris, 1890.

égoïsme, a été d'abord seulement égo-altruiste, lorsqu'il ne s'étendait qu'à la famille. Il n'est devenu véritablement altruiste qu'à partir du moment où il s'est étendu à la tribu, à la race, à l'humanité entière. Inutile de dire qu'il est perfectible avec l'évolution. Il comprend deux types, celui de la pitié et celui de la justice.

Mais pitié et justice ont de nombreux degrés. Le premier degré de la pitié, degré qu'on peut appeler négatif, et qui consiste seulement à ne pas produire chez les autres une douleur physique ou morale, est le seul qui existe dans toutes les classes sociales. Aussi l'homme qui blesse cet instinct altruiste ainsi réduit, commet un véritable délit social, un délit naturel.

On reconnaît de même que le seul sentiment de justice qui soit commun à tous les adultes des nations civilisées, se réduit au simple respect de la propriété d'autrui, et c'est pourquoi l'acte en désaccord avec le respect de la propriété d'autrui est également un véritable délit social, un délit naturel.

En somme, faire à son semblable un mal physique ou moral, ou bien s'emparer de sa propriété, sont les deux seuls actes délictueux admissibles en anthropologie criminelle. Il faut même noter que le second acte est moins grave que le premier, car le sentiment altruiste, respect du bien d'autrui, est moins instinctif et plus variable que le sentiment de pitié. Il dérive moins que lui de l'hérédité et plus de l'éducation.

Naturellement ces deux types de délit comprennent chacun de nombreuses formes ; mais il est inutile, pour cette étude, non seulement de les décrire, mais même de les énumérer.

Est-il nécessaire de dire que les autres délits, qui ne sont que des délits selon le Code, restent pour la nouvelle École, répréhensibles et punissables pour la plupart ? Mais les hommes qui les commettent ne sont pas des

criminels réels, ils sont des *révoltés*, ils se sont révoltés contre la société. Cette distinction entre le délit naturel et le délit des juristes est une distinction scientifique, qui ne pourra avoir de conséquences pratiques que dans l'avenir.

Avant de poursuivre, il est une observation importante dont la place est marquée ici. Je pense avoir, dans ce qui précède, réussi à faire ressortir les véritables principes fondamentaux de la criminalité selon la nouvelle École. Ainsi comprise, la criminalité correspond à la perversion d'un instinct, c'est-à-dire à la perversion d'un phénomène psychique fixé par l'hérédité, et ayant une base organique dans le système nerveux. Si cet instinct fait défaut, ou s'il est dévié, la conformation organique, nerveuse, qui lui sert de substratum est nécessairement défectueuse. Or, il n'y a rien d'extraordinaire dans cette proposition que la défectuosité nerveuse puisse se traduire à l'extérieur par des signes somatiques visibles. La doctrine lombrosienne ainsi analysée, et réduite à ses principes primordiaux, n'a plus rien d'étrange, elle n'implique aucune donnée scientifique nouvelle. La logique ne la repousse pas, seulement, c'est l'observation bien conduite des faits qui démontrera si elle est légitime ou si elle ne l'est pas.

Revenons maintenant à la criminologie naturelle. Cette théorie de la criminalité, si séduisante qu'elle paraisse, n'a pas rencontré seulement des partisans enthousiastes, elle a aussi trouvé des adversaires convaincus. Je me suis proposé de l'exposer et non de la discuter; je dirai seulement que certaines objections qu'on lui a faites sont facilement réfutables, l'objection tirée de la guerre, par exemple. La guerre, a-t-on dit, viole le sentiment de pitié, et cependant elle n'est pas criminelle, on ne la considère pas comme telle. Mais la guerre a pour but la défense de la communauté, on au moins son

intérêt. En temps de guerre, l'ennemi cesse d'être un semblable, il est un étranger, et, d'après l'École même, si la pitié est universelle, elle n'est pas cosmopolite. Il faut noter aussi que les procédés de guerre se sont bien modifiés depuis l'antiquité, et qu'ils blessent moins qu'autrefois, dans les détails, le sentiment de pitié.

Comme l'École le constate, les délits qui violent l'instinct de pitié sont, quant à leur atteinte au sentiment altruiste, bien supérieurs, si l'on peut s'exprimer ainsi, à ceux qui violent l'instinct de justice. La violation de la probité a des degrés multiples, elle comprend tous les délits contre la propriété, et sous toutes leurs formes, depuis le vol dit compliqué, jusqu'à l'indélicatesse la plus légère et sensible seulement aux consciences affinées. Le sentiment de justice est, dans le fait, en grande partie acquis par l'individu. Malgré donc que les disciples de M. Lombroso soient arrivés à trouver les caractères physiques du faussaire et de l'escroc, il vaut mieux ne considérer dans cette étude, qui a trait à des aliénés, que les seuls délits par rapport à la pitié, et parmi ces derniers même, il ne faut retenir que les plus graves d'entre eux, l'homicide et la tentative d'homicide.

Les individus qui commettent ces grands crimes doivent présenter, plus marqués que chez les autres criminels, les stigmates physiques et psychiques de la criminalité. — C'est là une proposition qui paraît naturelle, et l'École l'admet. De même qu'il y a des degrés dans la criminalité, il y en a dans les caractères physiques de celle-ci. Ce sont les plus grands criminels qui présentent au maximum le type criminel.

En procédant ainsi, en ne retenant que les sujets qui, d'après l'École, doivent présenter au maximum les signes physiques de la criminalité, on rend plus probantes les conclusions de l'observation. Je n'étudierai donc que des aliénés ayant commis des homicides, des aliénés à

tendances homicides, je rechercherai sur eux les stigmates physiques de la criminalité homicide, puis je les comparerai, sous ce rapport, à des aliénés inoffensifs et à des sujets normaux.

Je n'ai pu réunir que dix sujets dans les conditions exigées. Leur nombre sans être élevé a cependant une certaine importance. On peut faire une série, et établir les diverses moyennes anthropométriques qui se rattachent aux caractères de la criminalité. Aucun des dix sujets ne s'éloigne beaucoup au point de vue anthropométrique des sujets normaux, les moyennes tirées de leur ensemble sont par suite légitimes; il n'est pas nécessaire d'éliminer de la série aucun sujet porteur d'anomalies marquées, lesquelles enlèveraient toute valeur aux chiffres moyens.

Les dix sujets enfin appartiennent tous au sexe masculin.

Les caractères physiques de la criminalité n'ont pas, d'après l'École, la même importance chez la femme que chez l'homme. On sait que, d'après M. Lombroso, le signe principal de la criminalité chez la femme est le manque de féminisme. Les criminelles femmes sont *hommasses*. Ce caractère domine les autres signes qui existent cependant aussi chez la femme, mais à un degré moindre que chez l'homme.

La seule objection sérieuse qu'on pourrait faire à ces recherches est celle tirée de l'état mental même des individus considérés. « Les aliénés ne peuvent être criminels puisqu'ils n'ont pas leur libre arbitre ». Nous ne pensons pas que la nouvelle École italienne soutienne cette opinion qui a cependant été défendue autrefois avec succès. C'est même parce qu'elle a prévalu à un certain moment que l'expression *aliéné criminel* a été rejetée et remplacée par celle de *aliéné dit criminel*. Mais l'École italienne ne peut admettre l'ancien concept métaphysique

du libre arbitre, qui serait sa négation presque absolue.

Il ne convient pas de discuter ici sur le libre-arbitre. En réalité, un acte quelconque ne peut être que le résultat d'un conflit plus ou moins complexe de facteurs multiples, et cette donnée positive est suffisante. Que l'individu soit normal ou qu'il soit aliéné, ses actes sont les résultantes de conflits de facteurs, c'est-à-dire de mobiles.

La folie est une modification morbide du fonctionnement cérébral par excès, par défaut ou par perversion. Chez l'aliéné, plus encore que chez le normal, l'actuation devrait, semble-t-il, être déterminée surtout par les facteurs ou mobiles instinctifs. Par exemple, la criminalité latente chez un sujet semblerait devoir se manifester en même temps que, chez lui, apparaîtrait la folie, les instincts n'étant plus alors maintenus ni normalement dirigés.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse. Il faut s'en tenir à l'observation pure. Or, la clinique démontre que souvent les aliénés conservent leurs qualités morales bonnes ou mauvaises, et que parfois ces qualités bonnes ou mauvaises deviennent plus marquées par le fait même de la maladie mentale. Mais elle montre aussi que cette règle rencontre de fréquentes exceptions, et que, soit sous l'influence d'erreurs délirantes, soit sous celle d'impulsions diverses, soit même parfois simplement parce que le tempérament moral, le caractère, a changé brusquement, les aliénés acquièrent une nouvelle personnalité morale très différente de l'ancienne. Il est peut-être permis de supposer que souvent alors la maladie a mis à découvert le caractère réel des sujets, lequel avait jusqu'à ce moment été masqué par l'influence prépondérante de facteurs acquis personnellement, tels que l'éducation, le milieu, l'exemple, toutes les conditions enfin extérieures à l'individu. — On ne voit pas enfin

les raisons pour lesquelles les aliénés à tendances homicides ne présenteraient pas, comme les criminels non aliénés, les stigmates physiques de la criminalité. Voici l'énumération des plus importants de ces stigmates sur le vivant, car il en existe d'autres qu'on ne peut constater qu'après la mort, la présence de la troisième fosse occipitale par exemple (1) :

Exagération de la grande envergure. — L'indice de la grande envergure, rapport entre cette grande envergure et la hauteur totale de la taille, en ramenant celle-ci à 100, est dans la race blanche supérieure à 100. Pour les Français, l'indice moyen de la grande envergure est 104,4 (T. Collignon). Pour les nègres, il est 108,1. Nous avons trouvé, pour les normaux de la contrée qui nous ont servi de termes de comparaison, 103,9. Cet indice chez les homicides est exagéré.

Gracilité. — Les brigands, les homicides, les incendiaires ont le plus souvent une santé robuste, il n'en est pas de même des autres criminels qui sont souvent délicats et chétifs.

Capacité crânienne. — Elle varie avec les variétés de criminels. On la trouve au maximum chez les faussaires; elle est, en général, au-dessous de la moyenne chez les homicides. On ne peut naturellement s'en faire une idée approximative sur le vivant que d'après l'ensemble des différents diamètres et des différentes courbes céphaliques.

Front. — Chez les meurtriers, le front est peu élevé, il est fuyant et les sinus frontaux sont très développés. Le diamètre frontal minimum est petit. Ces caractères

(1) Les caractères physiques de la criminalité sont décrits dans les différents ouvrages de M. Lombroso, principalement dans son *Homme criminel*. Paris 1887, et dans son dernier livre traduit en français : *L'Anthropologie criminelle, et ses récents progrès*. F. Alcan, 1890.

da front ont, pour M. Lombroso et pour ses élèves, une grande importance.

La hauteur du front, espace qui existe entre le point sus-nasal et l'endroit où commencent les cheveux sur la ligne médiane, se mesure facilement au moyen du ruban métrique. D'après nos mensurations faites sur des sujets normaux, nous pensons qu'on peut considérer comme front élevé tout front qui atteint 7 centimètres de hauteur.

C'est évidemment là une convention arbitraire, mais il est impossible de procéder autrement. — Nous avons choisi une série de sujets normaux au point de vue du front, c'est-à-dire une série composée exclusivement d'individus dont le front ne semblait, à première vue, ni trop élevé, ni trop bas; puis nous avons pris la moyenne des hauteurs de leurs fronts. Cette moyenne a été de 6 c. 3. Nous avons cru pouvoir, par suite, fixer à 0m.07, la hauteur à partir de laquelle un front doit être réputé élevé.

C'est ce même procédé que nous avons suivi dans la recherche de toutes les moyennes anthropométriques prises pour termes de comparaison. Nous n'avons jamais fait qu'une série unique, de laquelle les sujets trop anormaux étaient exclus. — Nous le notons ici une fois pour toutes. — Ce procédé n'est pas conforme à la méthode ordinairement observée en anthropologie. Pour rechercher la hauteur moyenne du front, par exemple, il eût fallu, après avoir mesuré le plus grand nombre possible de fronts, établir un certain nombre de séries, soit une série pour les fronts élevés, une autre pour les fronts moyens, et une troisième pour les fronts bas; et calculer ensuite la hauteur moyenne dans chacune de ces trois séries. Mais il est inutile, pour le but restreint poursuivi ici, de multiplier ainsi les mensurations et les calculs, d'autant mieux, nous l'avons déjà dit, que nos dix aliénés

criminels à étudier ne se distinguent par aucune anomalie anthropométrique très tranchée (1).

Le front est *fuyant* chez les homicides. Mais ce n'est pas à la simple inspection du profil de la tête qu'on peut se rendre un compte exact de la courbe du front. Il faut prendre cette courbe au moyen d'une lame de plomb et la reporter sur le papier. On compare ensuite les tracés entre eux. On peut de cette façon établir des types conventionnels, par exemple le type droit, le type demi-fuyant et le type fuyant. Chez les individus normaux, dans la grande majorité des cas, les fronts sont droits, les fronts très fuyants sont rares. Si le front est fuyant chez les criminels, la cause en est dans le développement exagéré des sinus frontaux chez ces sujets. La *saillie produite par l'exagération de ces sinus*, saillie située à la partie inférieure du front, sur la ligne de l'ophryon, est un stigmate important de la criminalité homicide.

Le *diamètre frontal minimum* (ou diamètre inférieur) est, d'après l'École, petit chez les homicides. On le mesure au moyen du compas d'épaisseur. Nous avons trouvé pour ce diamètre, chez les normaux, une longueur moyenne de 11 c. 3.

Mais la dimension absolue d'un diamètre céphalique n'est pas, en général, d'un grand intérêt. Il importe surtout de connaître les rapports entre les différents diamètres de la tête. Pour le diamètre frontal minimum, on cherche ordinairement l'expression numérique de son rapport avec le diamètre transverse maximum de la tête, en ramenant ce dernier à 100. C'est ce qu'on appelle l'*indice frontal*. Plus cet indice est élevé, plus la partie

(1) La plupart des chiffres anthropométriques indiqués dans ce travail, et qui serviront de termes de comparaison, sont établis par nous d'après des individus normaux de la région. Quelques-uns aussi sont pris dans le *Traité d'anthropologie générale* de M. Topinard.

antérieure de la tête est large par rapport à ses parties postérieures, et par suite, plus la partie antérieure des lobes frontaux est large par rapport à la largeur du reste du cerveau. Nous avons trouvé, chez nos normaux, l'indice frontal moyen de 73.09. Mais il faut le remarquer, la petitesse relative du diamètre frontal minimum qui, pour M. Lombroso, est un stigmate de criminalité, a toujours été, pour les aliénistes, un stigmate de dégénérescence, et dès avant la nouvelle École d'anthropologie criminelle, les fronts étroits étaient réputés l'apanage, en général, des cerveaux débiles. Une remarque analogue s'applique à bien d'autres signes de la criminalité, et souvent les signes de la criminalité et ceux de la dégénérescence se confondent, en sorte que ce qui est dégénérescence pour les uns est au contraire régression pour les autres.

La circonférence céphalique totale. — On trouve trois fois plus de grandes circonférences céphaliques chez les individus sains que chez les criminels. Chez ces derniers, le rapport entre la demi-circonférence antérieure et la circonférence totale est plus faible que chez les premiers.

Le rapport de la demi-circonférence antérieure à la circonférence totale ramenée à 100, ou indice de la demi-circonférence antérieure, exprime approximativement le rapport entre la partie antérieure du cerveau et le cerveau entier, ou plutôt il constitue un des éléments de ce rapport. Voici les moyennes obtenues sur nos normaux :

Circonférence céphalique totale : 56 c. 4.

Demi-circonférence antérieure : 32 c. 1.

Indice de la demi-circonférence antérieure : 54.5.

On voit que la donnée de l'École, relative aux courbes horizontales de la tête, revient à cette proposition : Il y a, chez les criminels, tendance à la micro-

céphalie, et particulièrement à la microcéphalie frontale. C'est là encore un caractère qu'on est habitué à rattacher à la dégénérescence.

Le *diamètre bizygomatique* est, chez les homicides, plus grand que chez les normaux. Le *diamètre bigoniaque* également. Ces deux caractères sont peut-être ceux auxquels l'École, qui fait de la criminalité un phénomène d'atavisme, attache la plus grande valeur. « *Les brigands, assassins, meurtriers, ont les zygomés écartés et la mâchoire énorme* », répète M. Lombroso dans maints passages de ses écrits.

Les chiffres absolus, quand il s'agit de ces deux diamètres, ont une importance réelle; mais il est utile aussi de rechercher les rapports entre ces diamètres et d'autres diamètres céphaliques, c'est-à-dire d'établir des indices.

Pour le diamètre bizygomatique, la longueur moyenne chez les normaux a été de 13 c. 9. Il nous a paru convenable d'établir l'indice de ce diamètre par rapport au diamètre céphalique transverse maximum ramené à 100. On obtient ainsi un nombre qui exprime le rapport de la plus grande largeur de la face à la plus grande largeur de la tête. Plus ce nombre se rapproche de 100, plus le diamètre bizygomatique est grand relativement à la largeur de la tête. Notre indice moyen chez les sujets normaux est 90.6.

Quant au diamètre bigoniaque, distance qui sépare les deux gonions, sa connaissance suffit pour donner l'idée du volume de la mâchoire inférieure, surtout lorsqu'on joint à ce diamètre le diamètre gonio-mentonnier (du gonion au point mentonnier). Nous avons quand même voulu établir le rapport du diamètre bigoniaque à des mesures céphaliques, prises pour termes de comparaison et ramenées à 100. Nous avons successivement pris pour mesure céphalique comparative le

diamètre bizygomatique et le diamètre frontal minimum. Le choix de ce dernier est peut-être préférable parce que l'autre, le diamètre bizygomatique, semble en corrélation nécessaire avec le diamètre bigoniaque. A une grosse mâchoire doivent répondre des muscles élévateurs puissants et une arcade zygomatique saillante. Voici les moyennes trouvées chez les individus normaux :

Diamètre bigoniaque : 11 c. 4.

Diamètre gonio-mentonnier : 10 centimètres.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre bizygomatique ramené à 100 : 81.9.

Rapport de ce même diamètre au diamètre frontal minimum ramené à 100 : 100.8. — On voit que chez les individus normaux le diamètre bigoniaque est à peu près égal au diamètre frontal minimum.

Chez les criminels homicides, la *hauteur de la face est exagérée* et le *prognathisme fréquent*. La hauteur totale de la face se mesure, au compas d'épaisseur, du point où commencent les cheveux au point mentonnier. C'est la hauteur absolue du visage. La hauteur relative se prend comparativement au diamètre bizygomatique égal à 100. C'est ce que Broca veut qu'on désigne sous le nom d'*indice du visage*, et qu'il ne faut pas confondre avec l'*indice facial*.

Chez les individus normaux, nous avons trouvé les moyennes suivantes :

Hauteur totale du visage : 18 c. 5.

Indice du visage : 136. — Plus cet indice est élevé, plus le visage est long, ce qui est noté, nous venons de le dire, comme un stigmate de criminalité.

Ligne faciale (ligne ophryo-alvéolaire, c'est-à-dire diamètre vertical de la face réelle, à l'exclusion du front, de la mâchoire inférieure et aussi des dents) : 8 c. 4.

Indice facial (rapport de la ligne faciale à la largeur de la face, c'est-à-dire au diamètre bizygomatique) : 61.7. Cet indice est inférieur à celui que donne Broca pour les Parisiens et pour les Auvergnats (66.2 pour les premiers, et 68 pour les seconds) ; mais les mesures de Broca sont prises sur le squelette, nous avons dû chercher nos moyennes sur le vivant. Quoi qu'il en soit, plus cet indice est bas, plus la face est courte, ou large, puisque les deux termes sont congénères.

L'*indice céphalique* conserve le plus souvent, dit M. Lombroso, ses caractères de race chez les criminels ; cependant la brachycéphalie est plus grande chez les homicides, tout en tenant compte du caractère de la race au point de vue de la largeur de la tête. Nous avons trouvé, chez nos sujets normaux, un indice céphalique moyen de 84.6. C'est le chiffre que M. Topinard donne pour les Auvergnats et pour les Bretons de l'intérieur (84.5).

Les *déformations du crâne* sont fréquentes chez les meurtriers, la proportion serait de 39 p. 100, d'après M. Marro. Elles sont relativement rares chez les sujets sains, c'est-à-dire chez les individus qui ne sont ni aliénés, ni criminels, ni imbeciles. Les déformations faciales ne sont pas rares non plus.

Voici deux caractères auxquels l'École attache beaucoup d'importance : chez les homicides, les *cheveux sont épais*, ordinairement noirs et souvent crépus ou au moins ondulés. La *barbe, au contraire, est rare*, et parfois même tout à fait absente.

Les oreilles sont souvent défectueuses. Elles sont écartées de la tête, *en anse*, comme dit M. Lombroso. Il serait possible de rechercher la moyenne de l'angle auriculo-temporal, en suivant la méthode de M. Frigerio ; mais nous voulons simplifier le plus possible ce travail, et nous nous en tiendrons aux seules mensurations nécessaires.

Les *lèvres* sont souvent minces et parfois relevées par une sorte de rictus laissant apercevoir les *canines anormalement développées*.

Il faut encore signaler un caractère sur lequel M. Lombroso revient souvent, mais qui n'est justiciable d'aucune mesure exacte, et qui ne doit pas être recherché chez les aliénés criminels. « Le regard est vitreux, froid, immobile, injecté et *sanguinaire* (?). »

Tels sont les principaux caractères de la variété criminelle de l'espèce humaine. — Certainement que M. Lombroso et ses disciples en signalent d'autres encore, sans compter les stigmates qu'on ne peut reconnaître qu'après la mort (troisième fosse occipitale, quatrième circonvolution frontale, etc...). Mais les particularités physiques que nous venons de passer en revue, les plus importantes d'après l'École, suffisent pour l'étude que nous nous proposons. Il nous paraîtrait au moins inutile d'étendre nos recherches à des détails minutieux, et plus ou moins inconstants, d'après l'École elle-même. Nous ne pourrions tirer de leur présence ou de leur absence aucune conclusion, notre série de dix aliénés criminels n'est pas assez nombreuse pour cela, elle ne comprend du reste qu'une seule sorte de criminels, des homicides. Nous ne ferions enfin que fatiguer l'attention. On comprend aussi qu'il ne nous est pas possible de nous occuper des caractères physiologiques de la criminalité, de la diminution de la sensibilité, des particularités vaso-motrices, par exemple. Nos sujets sont des criminels, mais en même temps ils sont des aliénés, et par conséquent sujets à toutes sortes de perversions physiologiques.

Notons que les différentes mesures, diamètres, circonférences, indices, etc..., établies pour servir de termes de comparaison, ont été prises sur des individus sains, originaires, comme les dix aliénés criminels, des régions

centrales de la France; les différences morphologiques qui peuvent exister entre ces individus normaux et nos aliénés criminels ne peuvent donc pas être attribuées à des caractères ethniques spéciaux aux uns ou aux autres.

Voici les observations anthropologiques des dix aliénés criminels. Chacune d'elles est précédée d'un résumé de l'histoire pathologique du sujet qui en fait l'objet, afin qu'on voie bien qu'il s'agit toujours d'aliénés à tendances véritablement homicides, et non d'aliénés ayant accidentellement commis un meurtre.

1° B... est un homme de soixante-neuf ans, d'une taille moyenne, bien constitué et robuste pour son âge, il n'est jamais malade. Il s'est fait un régime spécial, ne buvant qu'en dehors de ses repas, et seulement de l'eau qu'il va chercher lui-même à la fontaine de la section. Il mange énormément de pain, des légumes et jamais de viande, ou du moins presque jamais de viande. (Idées d'empoisonnement et idées d'une influence nocive de la viande sur l'organisme.) Il est atteint de délire chronique systématisé depuis, croyons-nous, sa première jeunesse. Il n'a plus que des idées délirantes confuses et des troubles de la sensibilité générale. On le « compresse ». Il manifeste aussi quelques idées de grandeur.

Jeune homme, B... a été condamné à mort pour avoir tué sa maîtresse et un gendarme venu pour l'arrêter. Sa peine fut commuée en celle des travaux forcés à perpétuité. Au bagne de Toulon, où il demeura plusieurs années, on s'aperçut qu'il était réellement aliéné et on l'envoya à l'asile de Marseille. Il s'évada de cet établissement. On le retrouva plus tard à l'asile de Clermont (Oise), où il passa dix-huit mois et d'où il s'évada aussi. Il vint ensuite s'établir en Eure-et-Loir où il vécut tranquille pendant quelque temps. Puis il alla à Longjumeau où il travailla chez un menuisier. Il était là depuis trois mois, quand, un jour, il tua son patron, la femme et l'enfant de celui-ci, puis il se sauva dans la campagne. On organisa une véritable battue pour le prendre. Entouré, il se défendit jusqu'à la fin et il parvint encore à tuer à coups de pistolet un des agents qui le poursuivaient, et à en blesser grièvement un autre. Saisi à la fin, on le reconnut aliéné et on le plaça à la Sûreté de Bicêtre, d'où il fut transféré à l'asile de Bonneval, le 17 juin 1862. Il

avait alors trente-neuf ans et il avait tué six personnes et blessé grièvement une septième.

B... est donc un aliéné homicide dans toute l'acception du mot, il ne voit qu'une chose pour se débarrasser des tourments qu'il endure : tuer, toujours tuer. Aujourd'hui, son délire est fruste, ses facultés intellectuelles sont un peu affaiblies, et cependant encore, quand on lui parle de « curés » ou de son « frère », ce sont ses persécuteurs, il entre en colère, son regard devient mauvais et il murmure des menaces de mort. Remarque que cet aliéné homicide a toujours longuement et adroitement prémédité ses meurtres. Une fois qu'on le ramenait à l'asile, après une évasion, on trouva dans son bandage herniaire, il a une hernie, un tranchet de cordonnier très bien dissimulé sous le cuir.

Recherchons sur ce sujet les stigmates de la criminalité et examinons, à ce point de vue, ses mesures anthropométriques.

D'abord, dans son ensemble, B... rappelle mal l'homme criminel de M. Lombroso. Voici les détails :

A. — *Grande envergure.* — Hauteur totale de la taille : 1^m,60. Grande envergure : 1^m,65. Ce qui donne l'indice de la grande envergure égal à 103.1. L'indice moyen des normaux étant de 104.4, B... a, contrairement à l'homicide de l'École, une grande envergure plus petite que celle de l'homme normal.

B. — *Aspect extérieur. Gracilité.* — B... est robuste, très musclé. Sous ce rapport, il est conforme au type.

C. — *Front.* — Hauteur du front : 6 c. 5. Le front est remarquablement droit, les sinus frontaux ne produisent aucune saillie.

Diamètre frontal minimum : 10 c. 1 (diamètre moyen : 11 c. 3).

Indice frontal : 62.3. (Indice frontal moyen : 73.09.)

Le front n'est donc ni bas, ni fuyant, et les sinus frontaux ne sont pas exagérés. B... ne présente donc pas les caractères frontaux que l'École note comme si importants.

En revanche, chez lui, le diamètre frontal minimum et l'indice frontal sont au-dessous de la moyenne, ce qui est donné comme stigmate de la criminalité homicide.

D. — *Diamètres et courbes céphaliques, indices, etc...* — Diamètre céphalique antéro-postérieur maximum : 19 c. 5.

Diamètre céphalique transverse maximum : 16 c. 2.

Indice céphalique : 83 (moyen : 84.6).

Circonférence céphalique totale : 55 c. 5 (moyenne : 56 c. 4).

Demi-circonférence céphalique antérieure : 80 centimètres (moyenne : 82 c. 1).

Indice de la demi-circonférence antérieure : 54.5 (moyenne : 54.5).

Toutes ces mesures s'écartent peu des mesures correspondantes moyennes chez les normaux, les indices, en particulier, se confondent avec les indices des normaux. Les circonférences cependant sont un peu plus petites que chez les sujets sains, mais les différences sont minimales. En somme, nous ne retrouvons pas les particularités signalées par l'École.

E. — Face. — Hauteur totale de la face : 18 c. 4 (moyenne : 18 c. 5).

Diamètre bizygomatique : 14 centimètres (moyenne : 13 c. 9).

Indice du visage : 131.4 (moyenne : 132).

Le visage n'est donc pas plus allongé que chez les normaux. On sait que l'exagération de la longueur de la face est donnée comme stigmate de criminalité ; nous avons oublié de le noter plus haut.

Indice facial : 60 (indice moyen : 61.7).

Ce dernier indice montre que la face vraie est, en réalité, plus courte que chez la moyenne des normaux.

La largeur absolue de la face, c'est-à-dire le diamètre bizygomatique, égale 14 centimètres, chiffre normal ; mais son rapport avec le diamètre transverse maximum de la tête est 86.4, tandis que ce rapport est en moyenne chez les normaux de 90.6. On voit que si la largeur absolue de la face est normale, comparée à celle de la tête, elle présente une infériorité marquée. Donc, le caractère si important que l'École attribue au criminel homicide, la largeur des zygomés, manque chez B..., et, mieux encore, ce caractère est remplacé chez lui par un caractère tout opposé.

F. — Mâchoire inférieure. — Diamètre bigoniaque : 12 centimètres (moyen : 11 c. 45).

Diamètre gonio-mentonnier : 10 c. 8 (moyen : 10 centimètres).

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre bizygomatique : 85.7 (moyen : 81.9).

Rapport du même diamètre au diamètre frontal minimum : 118.8 (moyen : 100.8).

La mâchoire inférieure est, par conséquent, relativement aux diamètres faciaux et céphaliques, au-dessus de la moyenne, ce qui constitue un caractère important de la criminalité homicide.

G. — Oreilles et palais. — Les oreilles sont bien conformées, mais elles sont très éloignées de la tête. Ce sont des oreilles en anse typiques. Le palais est normal.

H. — Déformations craniennes et faciales. — La tête appartient au type brachycéphale, mais sans exagération. Il n'y a ni déformation, ni asymétrie faciale ou crannienne.

I. — Cheveux. Barbe. — Les cheveux sont gris, durs et très épais. La barbe presque blanche est très fournie. Le système pileux est d'une façon générale très développé.

Il n'y a aucune autre particularité à signaler. Les organes génitaux sont normaux. Il existe une très ancienne hernie inguinale double. Le nez a la forme droite, il n'est pas dévié.

Quant à la physionomie, elle n'exprime nullement la passion; elle est calme, reposée, grave même. B... n'a l'air méchant que lorsqu'on réveille ses idées délirantes en lui parlant de ses ennemis, les curés et son frère. En dehors de ces moments de colère passagère, rien dans sa physionomie ne peut faire supposer qu'il a été jadis, et qu'il pourrait bien être encore un aliéné des plus dangereux.

En résumant l'observation précédente, on constate que, de tous les stigmates importants de l'homme criminel, B... n'en présente réellement qu'un seul, le développement exagéré de la mâchoire inférieure, développement non considéré d'une façon absolue, mais considéré par rapport à certaines dimensions de la tête, prises comme termes de comparaison. Les autres particularités de la criminalité manquent, plusieurs même sont remplacées par des particularités absolument contraires. C'est ainsi que le front est droit, la barbe épaisse, la grande envergure petite, etc...

2° H..., âgé aujourd'hui de trente-huit ans, est un imbécile très prononcé. Il vécut en liberté jusqu'à trente-cinq ans, ne passant pas pour être dangereux, quoiqu'on le sût irritable. Rencontrant un jour, dans les champs, une fillette de douze ans, il la viola et la frappa ensuite de plusieurs coups de couteau dans le ventre.

A l'asilé, H... s'est toujours montré assez docile, quoique très emporté et très érotique. On doit surveiller spécialement

sa tendance à la pédérastie. Il n'a jamais témoigné le moindre regret de son crime. Son homicide, du reste, a été purement instinctif, on ne peut l'expliquer par la résistance de l'enfant, qui n'a été frappée qu'après avoir été violée. On ne l'explique pas non plus par la crainte d'une dénonciation, H... n'a jamais eu assez de sens moral pour se rendre compte de la gravité d'un viol.

Voici la description de ce sujet :

H... est maigre, pâle, chétif, il n'est cependant jamais malade. Il est dégénéré au physique, aussi bien qu'au moral, il présente une asymétrie faciale et crânienne très prononcée.

A. — *Grande envergure.* — Hauteur totale de la taille : 1^m,61.

Grande envergure : 1^m,64.

Indice : 101.8 (indice moyen : 104.4). Donc grande envergure au-dessous de la moyenne, ce qui est contraire au type homicide.

B. — *Aspect extérieur. Gracilité.* — H... est malingre, chétif. Les homicides sont robustes, mais les auteurs de viols sont souvent faibles et chétifs, et le sujet est, à la fois, homicide et violateur.

C. — *Front.* — Il est très fuyant. On ne peut mesurer sa hauteur à cause d'une calvitie antérieure commençante. Les sinus frontaux sont très développés, il en résulte une saillie marquée sur la ligne de l'ophryon, laquelle constitue une véritable déformation crânienne.

Diamètre frontal minimum : 9 c. 1.

Indice frontal : 63.2 (indice moyen : 73.9).

Ce front est bien celui du criminel homicide : sinus très développés, front fuyant et très étroit relativement à la largeur de la tête.

D. — *Diamètres et courbes encéphaliques, indices, etc.* — Circonférence céphalique totale : 54 centimètres (moyenne : 56 c. 4).

Demi-circonférence antérieure : 28 (moyenne : 32.1).

Indice de la demi-circonférence antérieure : 51.8 (moyen : 54.5).

Diamètre céphalique antéro-postérieur maximum : 18 c. 8.

Diamètre céphalique transverse maximum : 14 c. 4.

Indice céphalique : 76.6.

L'ensemble de ces mesures prouve que la capacité crânienne est assez au-dessous de la moyenne normale. L'indice de la

demi-circonférence antérieure est inférieur, stigmate de criminalité homicide. L'indice céphalique donne une dolichocéphalie exceptionnelle pour la race. Mais cette anomalie n'a rien à voir avec la criminalité, elle se rattache à la dégénérescence.

E. — Face. — Hauteur totale : 18 centimètres (moyenne : 18 c. 56).

Largeur, c'est-à-dire diamètre bizygomatique : 12 c. 8 (moyen : 13 c. 9).

Indice du visage : 140.6 (moyen : 132).

Ce dernier indice est très approximatif, la calvitie ne permettant pas de mesurer exactement la hauteur de la face.

Diamètre ophryo-alvéolaire : 8 c. 7.

Indice facial : 67.9. Ce dernier indice est exact, il indique que la face réelle est un peu plus longue que la moyenne.

La largeur relative de la face est de 89.5. D'une façon absolue aussi bien que d'une façon relative, la largeur de la face est plutôt au-dessous de la moyenne. Le signe si important du grand écartement des zygomies fait défaut chez H...

F. — Mâchoire inférieure. — Diamètre bigoniaque : 10 c. 1 (moyen : 11 c. 45).

Diamètre gonio-mentonnier : 10 c. 2 (moyen : 10 centimètres).

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre bizygomatique : 81.8 (moyen : 81.9).

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre frontal minimum : 110.9 (moyen : 100.87).

La mâchoire est donc, d'une façon absolue, moins large que la moyenne. Relativement au diamètre frontal, elle est bien plus large que la moyenne, mais la raison en est dans la petitesse de ce diamètre frontal. En somme, la mâchoire ne répond pas à celle du type criminel homicide.

G. — Oreilles. Palais. — Les oreilles sont défectueuses, elles sont peu ourlées, sessiles, c'est-à-dire que le lobule adhère complètement, mais elles sont appliquées contre la tête et non en anse. Ce sont des oreilles de dégénéré et non d'homicide.

Le palais est fortement ogival et asymétrique, ce qui est un autre signe de dégénérescence. Les dents sont presque toutes cariées. Les canines ne sont pas volumineuses.

Le nez appartient au type droit, mais il est fortement dévié à droite.

H. — Déformations craniennes et faciales. — Le crâne présente plusieurs déformations. D'abord une dolichocéphalie

exagérée, puis un développement considérable des sinus frontaux qui rend le front bossué. Il existe, en outre, un aplatissement de la voûte à gauche qui attire de suite l'attention. En prenant les courbes du crâne au moyen de lames de plomb, on se rend compte de l'asymétrie considérable de la voûte. La base du crâne est plus asymétrique encore que la voûte, il en résulte que les yeux ne sont pas sur le même plan et que la face elle-même est très irrégulière. Toutes ces malformations se rattachent à la dégénérescence, le front seul appartient au criminel-homicide.

I. — Cheveux, barbe. — Les cheveux sont fins, rares, il y a une calvitie précoce. La barbe est à peu près absente, on ne trouve que quelques poils incolores à la lèvre supérieure et au menton.

Les organes génitaux sont normaux ; H... n'a ni paralysie localisée, ni tic, ni mouvement automatique.

En résumé, ce sujet présente, avec de nombreux signes de dégénérescence physique, quelques-uns des stigmates que l'École italienne attribue à la criminalité homicide. Tous ces stigmates siègent sur le front, et si nous voulions les discuter, nous ferions remarquer que la présence des nombreuses malformations dégénératives du crâne, notées plus haut, leur enlève beaucoup de leur valeur.

Pour ne pas fatiguer l'attention, et pour abrégier autant que possible les descriptions des sujets suivants, nous ne reproduirons plus, en regard des différentes mesures, les chiffres indiquant les mêmes mesures moyennes prises chez les normaux. Pour avoir ces dernières, on n'aura qu'à se reporter aux deux descriptions qui précèdent.

3° Co..., quarante et un ans, est atteint d'imbécillité prononcée. Très brutal et très lâche, il exige une surveillance spéciale. Au dehors, il a commis une tentative d'homicide, et, ce qui a nécessité son isolement dans un asile, il a cherché à faire dérailler un train sur une ligne de chemin de fer. Ici, quand il est en colère, il menace de s'évader et d'aller à nouveau faire

détailler les traits. Il a la physionomie absolument inintelligente.

A. — *Grande envergure.* — Hauteur totale de la taille : 1^m,69.

Grande envergure : 1^m,74.

Indice : 103.5.

B. — *Aspect général. Gracilité.* — Co... est un homme robuste, très musclé, d'une santé excellente.

C. — *Front.* — Le front est un peu fuyant, les sinus frontaux paraissent assez développés. Les cheveux descendent un peu et la hauteur du front n'est que de 6 centimètres.

Diamètre frontal minimum : 11 c. 2.

Indice frontal : 73.6.

D. — *Diamètres et courbes céphaliques. Indices.* — Circonférence céphalique totale : 56 centimètres.

Demi-circonférence antérieure : 28 centimètres.

Indice de la demi-circonférence antérieure : 50.

Courbe infio-frontale : 36 centimètres.

Diamètre céphalique antéro-postérieur maximum : 19 centimètres.

Diamètre céphalique transverse maximum : 15 c. 2.

Indice céphalique : 80.

Toutes ces mesures céphaliques sont peu élevées relativement à la taille du sujet. Le crâne est donc proportionnellement un peu petit, mais cette particularité est si peu prononcée qu'il est presque inutile de la noter. L'indice de la demi-circonférence antérieure est de deux unités au-dessous de l'indice moyen des normaux. Le crâne est à peine brachycéphale.

E. — *Face.* — Hauteur totale : 20 c. 2.

Diamètre bizygomatique : 14 c. 2.

Indice du visage : 142.2.

Diamètre ophrio-alvéolaire : 9.2.

Indice facial : 64.7.

Largeur de la face relativement au diamètre céphalique transverse maximum : 93.4. Il y a, comme on le voit, écartement exagéré des zygomies.

F. — *Mâchoire inférieure.* — Diamètre bigoniaque : 12 c. 6.

Diamètre gonio-mentonnier : 10 c. 2.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre bizygomatique : 88.7.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre frontal minimum : 112.5.

La mâchoire a des dimensions supérieures aux moyennes.

G. — *Oreilles. Palais.* — Les oreilles sont mal conformées, scissiles, un peu trop écartées de la tête, un peu en anse, par conséquent. Le palais est ogival. Le nez, du type droit, est gros à son extrémité et légèrement dévié.

H. — *Déformations craniennes et faciales.* — Le crâne, nous l'avons noté, est à peine brachycéphale (limite extrême de la sous-brachycéphalie de Broca). Les sinus frontaux sont développés. En outre, il existe un aplatissement assez marqué au niveau du pariétal gauche. La face est régulière.

I. — *Cheveux, barbe.* — Les cheveux sont bruns, durs, épais. La barbe est abondante, dure.

Les organes génitaux sont normaux. On ne constate ni tic, ni paralysie, ni contracture. Les dents sont régulières et saines. Les yeux sont noirs et grands.

Ce sujet qui, à première vue, ne présente rien de remarquable, se trouve être, après un examen détaillé, nu de ceux qui, dans notre série, réalise le mieux le type homicide : indice de la demi-circonférence céphalique antérieure au-dessous du moyen. Front fuyant et sinus frontaux développés. Largeur absolue et relative des zygomés exagérée. Largeur absolue et relative de la mandibule exagérée. Face allongée, chevelure abondante, oreilles un peu en anse. Déformation cranienne. Mais tous ces signes sont peu marqués, ils n'attirent pas l'attention, on ne les constate qu'au moyen du mètre et du compas. Enfin, ils ne sont pas au complet, c'est ainsi que la grande envergure est petite, que la barbe est abondante, l'indice frontal moyen....

4° G..., quarante ans, est un *fou moral* (1). Il lui est bien arrivé d'avoir quelques bouffées de délire mais rarement, et depuis longtemps il ne délire plus du tout. Il est méchant,

(1) Je n'ai, pour ma part, jamais trouvé de différence entre le criminel d'habitude et le *fou moral*, quand celui-ci n'est ni impulsif ni atteint d'aucun syndrome épisodique de dégénérescence.

vicieux, tantôt fanfaron de vice, tantôt hypocrite. C'est là le fond de son état moral ; mais par intervalles, il se manifeste bon, bienveillant, il pleure ses fautes, il est plein d'amour et de respect pour sa mère, il va expier son passé, et pour cela, il est décidé à se faire moine. Quelques jours après avoir ainsi fait parade de ses bons sentiments et annoncé sa résolution, il raconte avec complaisance, qu'il est pédéraste actif et passif, qu'il a volé, qu'il a fait mourir son père de chagrin, qu'on l'a envoyé autrefois aux compagnies de discipline, qu'il finira bien par se défaire de son frère, qu'il en a fait disparaître d'autres, etc., toutes choses parfaitement exactes. Ce frère qu'il menaçait ainsi, il lui a voué une haine féroce et a réellement cherché à le tuer. Il a tenté aussi de commettre d'autres homicides. Enfin, une déséquilibration complète, froidement cruel à l'ordinaire et, par moment, s'attendrissant sur le sort d'un animal malade. Il finit par être interné à l'asile à la suite d'une affaire de viol, il eût tout aussi bien pu être envoyé à la Nouvelle-Calédonie.

A. — *Grande envergure.* — Hauteur totale de la taille : 1^m,72.

Grande envergure : 1^m,79.

Indice : 104.1.

B. — *Aspect extérieur. Gracilité.* — G... est grand, maigre, pâle et très brun. Sa santé est délicate. Il a une physionomie sournois qui inspire la méfiance.

C. — *Front.* — Le front n'est pas fuyant, sans être absolument droit cependant ; les sinus frontaux ne produisent pas de saillie au niveau de la ligne passant par l'ophryon.

Hauteur du front : 7 c. 5. (Il existe un commencement de calvitie antérieure.)

Diamètre frontal minimum : 10 c. 8.

Indice frontal : 75.

D. — *Diamètres et courbes céphaliques. Indices.* — Diamètre céphalique antéro-postérieur maximum : 18 c. 4.

Diamètre céphalique transverse maximum : 14 c. 4.

Indice céphalique : 78.2.

Circonférence céphalique totale : 54 centimètres.

Demi-circonférence céphalique antérieure : 28 centimètres.

Indice de cette dernière : 51.8.

Courbe infio-frontale : 35 centimètres.

Ces dimensions indiquent une capacité crânienne un peu au-dessous de la moyenne, un indice de la demi-circonférence antérieure trop bas, et une dolichocéphalie marquée.

E. — Face. — Hauteur totale : 18 c. 6.

Diamètre bizygomatique : 13 c. 4.

Indice du visage : 138.

Ligne ophryo-alvéolaire : 8 c. 6.

Indice facial : 64.2.

Largeur de la face relativement à celle de la tête : 93.

La hauteur du visage ne présente rien de notable ; sa largeur absolue non plus, sa largeur relativement à celle de la tête est un peu supérieure à la moyenne.

F. — Mâchoire inférieure. — Diamètre bigoniaque : 11 c. 3.

Diamètre gonio-mentonnier : 10 c. 4.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre bizygomatique : 84.3.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre frontal minimum : 104.6.

La largeur absolue de la mandibule est normale. Ses dimensions par rapport à la face et au front sont supérieures aux moyennes chez les normaux.

G. — Oreilles. Palais. — Les oreilles sont mal ourlées, sessiles, ne sont pas en anse. Le palais est un peu ogival, mais la mâchoire supérieure étant édentée, ce signe est peu reconnaissable. Le nez est aquilin, un peu long, non dévié.

H. — Déformations crâniennes. — Il n'existe ni déformation crânienne, ni déformation faciale. La dolichocéphalie est exagérée comparativement aux sujets normaux de la région.

I. — Cheveux, barbe. — Les cheveux noirs sont fins et rares. Il y a commencement de calvitie. La barbe noire est d'une abondance ordinaire.

G... ne présente pas d'autre particularité physique. Il est, en résumé, porteur de quelques stigmates de la criminalité, lesquels sont peu accentués.

5° M..., quarante-cinq ans, est atteint de délire chronique systématisé à évolution progressive, arrivé à une période avancée : Idées de persécution et de grandeur, ces dernières prédominent. Néologismes nombreux qui rendent les discours peu compréhensibles souvent. Ce malade est très volontaire et très irascible. Autrefois, on le considérait à l'asile comme dangereux, il proférait sans cesse des menaces de mort contre ses persécuteurs imaginaires. Son affection a débuté alors qu'il n'avait que vingt-deux ans. Il fut isolé à l'asile quelque temps après, parce qu'il était très dangereux : il avait voulu tuer plu-

sieurs personnes, et entre autres sa mère qu'il avait très grièvement blessée d'un coup de fusil.

A. — Grande envergure. — Hauteur de la taille: 1^m,61.

Grande envergure: 1^m,71.

Indice de la grande envergure: 106.3.

B. — Aspect extérieur. Gracilité. — M... est un homme bien constitué, d'une bonne santé, à la physionomie douce et même sympathique. Il ne présente, à première vue, aucune particularité physique notable.

C. — Front. — Il est découvert et presque droit. Pas de saillie des sinus à sa partie inférieure.

Diamètre frontal minimum: 11 c. 4.

Indice frontal: 74.5, supérieur, par conséquent, à l'indice moyen pris chez les normaux.

D. — Diamètres et courbes céphaliques. Indices. — Diamètre céphalique antéro-postérieur maximum: 18 c. 6.

Diamètre céphalique transverse maximum: 15 c. 3.

Indice céphalique: 82.2.

Circonférence céphalique totale: 55 centimètres.

Demi-circonférence antérieure: 29 centimètres.

Indice de la demi-circonférence antérieure: 52.7.

Courbe inio-frontale: 35 centimètres.

Toutes ces mesures se rapprochent beaucoup des moyennes, dans leur ensemble, elles indiquent cependant un crâne plutôt petit. L'indice de la demi-circonférence céphalique antérieure: 52.7, est un peu au-dessous de l'indice moyen des normaux: 54.5. Le crâne est du type brachycéphale.

E. — Face. — Hauteur totale: 18 c. 2.

Diamètre bizygomatique: 13 c. 7.

Indice du visage: 132.8.

Ligne ophryo-alvéolaire: 8.6.

Indice facial: 62.8.

Largeur de la face relativement à celle de la tête: 89.5.

Toutes ces mesures se confondent presque complètement avec les mesures moyennes obtenues sur les normaux.

F. — Mâchoire inférieure. — Diamètre bigoniaque: 11 centimètres.

Diamètre gonio-mentonnier: 11 c. 2.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre bizygomatique: 80.2.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre frontal minimum: 96.4.

On voit que la mandibule n'est pas volumineuse d'une façon absolue, et que relativement à la face et au front, son volume est inférieur au volume moyen pris chez les normaux.

G. — Oreilles. Palais. — Les oreilles bien conformées ne sont pas écartées de la tête. Le palais n'est pas ogival. Le nez est aquilin et non dévié.

H. — Déformations craniennes et faciales. — Le crâne, ni la face ne présentent de déformation.

I. — Cheveux. Barbe. — Les cheveux sont lisses, châains, abondants. La barbe, de la même nuance, est très fournie.

Aucune autre particularité physique à signaler.

Ce sujet se confond avec le type de l'homme normal. Certaines mesures anthropométriques, dont l'exagération caractérise la criminalité, sont, chez lui, au-dessous des mesures moyennes des normaux.

6° François C..., quarante et un ans, est aliéné depuis une douzaine d'années, il a des idées de grandeur et de persécution et est très impulsif. Il est halluciné de l'ouïe et de la vue et souvent il fait des erreurs de personnalité. Il était journalier et se louait dans les fermes, mais il était surtout braconnier. Il avait fini par ne plus travailler du tout, vivant de rapines, couchant souvent dans les bois et répandant la terreur dans la contrée. On l'accusait de toutes sortes de violences. Un jour, il tira un coup de fusil sur un gendarme et le blessa grièvement. Il me semble rentrer dans la catégorie des criminels dénommés brigands par M. Lombroso. Reconnu aliéné, on l'isola à l'asile de Bonneval.

A. — Grande envergure. — Hauteur totale de la taille : 1^m,66.

Grande envergure : 1^m,70.

Indice : 102.4.

B. — Aspect extérieur. Gracilité. — Homme d'une taille moyenne, d'un embonpoint ordinaire et d'une forte santé. On ne peut l'occuper ici à aucun travail. Aussitôt qu'il se trouve loin des gardiens, il se querelle et il se bat avec les autres malades. Il a la physionomie inquiète et les yeux très brillants.

C. — Front. — Le front est ordinaire, ni droit, ni fuyant. Les sinus frontaux ne produisent pas de saillie.

Diamètre frontal minimum : 10 c. 6.

Indice frontal: 65.4, inférieur, par conséquent, à l'indice moyen.

D. — Diamètres, indices et courbes céphaliques. — Diamètre céphalique antéro-postérieur maximum: 18 c. 8.

Diamètre céphalique transverse maximum: 16 c. 2.

Indice céphalique: 86.1.

Circonférence céphalique totale: 56 c. 5.

Demi-circonférence antérieure: 31 centimètres.

Indice de la demi-circonférence antérieure: 54.8.

Courbe fronto-iniaque: 34 centimètres.

Toutes ces mesures se confondent presque avec les moyennes des mêmes mesures prises sur les sujets normaux. La capacité crânienne doit donc être jugée ordinaire, mais la brachycéphalie est exagérée.

E. — Face. — Hauteur totale: 17 c. 8.

Diamètre bizygomatique: 14 c. 4.

Indice du visage: 123.6.

Ligne ophryo-alvéolaire: 9 centimètres.

Indice facial: 62.5

Largeur de la face relativement à celle de la tête: 88.8.

Ces résultats ne présentent rien de notable. La face est plutôt moins large que chez les sujets normaux.

F. — Mâchoire inférieure. — Diamètre bigoniaque: 10 c. 4.

Diamètre gonio-mentonnier: 9 c. 4.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre bizygomatique 72.9.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre frontal minimum: 98.

La mandibule est petite d'une façon absolue, elle est également petite par rapport à la face et au front.

G. — Oreilles. Palais. — Les oreilles sont défectueuses, trop longues, mal ourlées et scissiles, mais elles ne s'écartent pas trop de la tête, elles ne sont pas en anse. Le palais est ogival. Le nez est aquilin et un peu dévié.

H. — Déformations crâniennes et faciales. — Il n'en existe aucune. Nous avons noté une brachycéphalie exagérée.

I. — Cheveux. Barbe. — Cheveux noirs et peu fournis, lisses. La barbe également est noire et peu abondante.

Aucune autre particularité physique à noter. Pas de tic, pas de paralysie localisée, pas de contracture. Le sujet, quand il est en colère, a une physionomie farouche.

En résumé, François C... a peut-être quelques légers signes physiques de dégénérescence, et il est, en réalité, atteint de folie des dégénérés; mais il ne présente pas de stigmates marqués de criminalité homicide.

7° Louis C... est un épileptique de trente-cinq ans très dangereux. Il manifeste, en même temps que des accès de manie inconscients, de fréquents accès de fureur avec conscience complète, pendant lesquels il est réellement terrible. De tous les malades de l'asile, c'est lui qui nécessite la plus grande surveillance. On doit, dès qu'il commence à donner des signes de mauvaise humeur, l'isoler en cellule, une négligence pourrait avoir des conséquences graves. Au dehors, il n'a jamais consommé d'homicide, mais il a plusieurs fois voulu tuer des personnes dont il croyait avoir à se plaindre. Les condamnations pour coups et blessures sont nombreuses.

A. — Grande envergure. — Hauteur totale de la taille: 1^m,64.

Grande envergure: 1^m,71.

Indice de l'envergure: 104.2

B. — Aspect extérieur. Gracilité. — Louis C... est un homme très robuste, très musclé, d'une force remarquable, dont il a conscience. Malgré qu'il soit épileptique depuis l'âge de dix-sept ans, son intelligence est bien conservée.

C. — Front. — Le front est fuyant, les sinus frontaux très développés produisent une proéminence vers la partie inférieure du front. Cette particularité attire de suite l'attention. La hauteur du front, du point sus-nasal au point d'implantation des cheveux sur la ligne médiane, égale 7 centimètres.

Diamètre frontal minimum: 11 c. 3.

Indice frontal: 73.3. Il est donc normal:

D. — Diamètres et courbes céphaliques. Indices. — Diamètre céphalique antéro-postérieur maximum: 18 c. 4.

Diamètre céphalique transverse maximum: 15 c. 4.

Indice céphalique: 83.6.

Circonférence céphalique totale: 56 centimètres.

Demi-circonférence antérieure: 30 centimètres.

Indice de la demi-circonférence antérieure: 53.5.

Courbe fronto-iniaque: 33 centimètres.

Ces dimensions se confondent avec les mêmes dimensions

moyennes chez les sujets normaux. L'indice céphalique n'indique pas une brachycéphalie exagérée.

E. — Face. — Hauteur totale : 19 c. 6.

Diamètre bizygomatique : 14 c. 2.

Indices du visage : 138.

Largeur de la face relativement à celle de la tête : 92.2.

Angle facial : 72 degrés.

Indices facial : 64.

De même qu'au front, à la face on constate des stigmates de criminalité. Les arcades zygomatiques sont plus éloignées l'une de l'autre qu'elles ne le sont chez les normaux, mais cependant l'augmentation au-dessus de la moyenne du diamètre bizygomatique n'est pas considérable.

F. — Mâchoire inférieure. — Diamètre bigoniaque : 12 c. 5.

Diamètre gonio-mentonnier : 10 c. 1.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre bizygomatique : 88.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre frontal minimum : 110.6.

La mandibule fournit un nouveau stigmate de la criminalité homicide, sa largeur, absolue et relative, est exagérée.

G. — Oreilles. Palais. — Les oreilles sont assez bien conformées, mais elles sont sessiles, le lobule n'est pas détaché. Elles ne sont pas en anse, l'angle auriculo-temporal est petit. Le palais est fortement ogival. Le nez ne présente aucune particularité notable. Les dents sont fortes, les canines ne sont pas saillantes.

H. — Déformations craniennes et faciales. — Le crâne est régulier et symétrique, sauf à la région frontale où les sinus frontaux produisent la proéminence signalée plus haut. Pas d'irrégularité faciale.

I. — Cheveux. Barbe. — Les cheveux noirs, un peu ondulés, il y a un commencement de calvitie. La barbe, d'une teinte foncée, est abondante et dure.

Pas d'autre particularité à signaler. Louis C... a la physiologie mauvaise et même repoussante quand il est complètement rasé.

8° T..., âgé de soixante-quatre ans, est un vieil aliéné qui présente des idées confuses de persécution, des hallucinations et quelques idées de grandeur. Il a aussi des impulsions agressives fréquentes. Autrefois, il a tué sa femme. Reconnu aliéné,

on l'a envoyé à l'asile où il séjourne depuis vingt-cinq ans. Il s'occupe un peu, mais il exige toujours une certaine surveillance à cause de ses impulsions.

A. — Grande envergure. — Hauteur totale de la taille : 1^m,64.

Grande envergure : 1^m,75.

Indice : 106.6. La grande envergure est, par conséquent, très grande.

B. — Aspect extérieur. Gracilité. — T... a une bonne santé, il est encore robuste. A première vue, il ne présente rien de notable dans sa conformation physique.

C. — Front. — Le front appartient au type des fronts droits. Les sinus frontaux ne produisent pas de saillie. La hauteur du front, du point sus-nasal à la racine des cheveux, est de 9 centimètres. Le front est donc très dégagé sans être fuyant.

Diamètre frontal minimum : 10 c. 6.

Indice frontal : 71.6, chiffre au-dessous de la moyenne.

D. — Diamètres, courbes, indices céphaliques. — Diamètre antéro-postérieur céphalique maximum : 18 c. 7.

Diamètre transverse céphalique maximum : 14 c. 8.

Indice céphalique : 79.1.

Circonférence céphalique totale : 54 centimètres.

Demi-circonférence céphalique antérieure : 28 centimètres.

Indice de la demi-circonférence antérieure : 51.8.

Courbe inio-frontale : 35 centimètres.

Il y a donc tendance à la microcéphalie. L'indice de la demi-circonférence céphalique est trop petit. Le crâne est trop dolichocéphale pour la race.

E. — Face. — Hauteur totale : 18 c. 8.

Diamètre bizygomatique : 13 centimètres.

Indice du visage : 144.6. Le visage est donc très allongé.

Diamètre ophryo-alvéolaire : 9 c. 2.

Indice facial : 70.71.

La largeur absolue de la face est un peu au-dessous de la normale. La largeur, relativement à celle de la tête, est également au-dessous de la normale.

F. — Mâchoire inférieure. — Diamètre bigoniaque : 11 c. 4.

Diamètre gonio-mentonnier : 10 c. 4.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre bizygomatique : 87.7.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre frontal minimum : 107.5.

La mandibule a des dimensions absolues normales, mais, relativement aux mesures de la face, elle a une largeur supérieure à la moyenne.

G. — *Oreilles. Palais.* — Les oreilles sont dépliées, larges, à lobule non détaché, mais elles ne sont pas en anse. Le palais est ogival, mais la mâchoire supérieure étant presque complètement édentée, on ne peut se rendre compte du degré d'ogivité. Le nez est droit, long, dévié à gauche et gros à son extrémité.

H. — *Déformations crâniennes et faciales.* — Il n'y a pas d'asymétrie crânienne, ni faciale, mais le crâne est d'un type dolichocéphale exagéré pour la race, il est aussi trop petit d'une façon générale.

I. — *Cheveux. Barbe.* — Les cheveux tout blancs sont très abondants. La barbe presque blanche aussi est dure et fournie.

Pas d'autre particularité physique à signaler, ni tic, ni paralysie localisée. La physionomie est plutôt sympathique.

Nous ne trouvons, en résumé, chez ce sujet, comme stigmate de criminalité, que l'exagération relative du diamètre bigoniaque, les autres particularités signalées se rattachent à la dégénérescence. L'indice de l'envergure cependant est trop élevé, ce qui est un signe pour l'École.

9° L..., cinquante-huit ans, est atteint de délire mystique avec idées de grandeur. Il appartient à une famille d'aliénés. Il a toujours été bizarre, mais dans les derniers temps qui ont précédé son entrée à l'asile, il avait fini par vivre seul dans les bois. Il s'était installé dans une grotte qu'il appelait la grotte de Saint-Joseph. Lui, il était le « Père éternel ». Les gens qui le rencontraient se sauvaient, tant sa réputation d'être dangereux était bien établie. Il avait et il a encore une haine qu'il n'a jamais bien expliquée à l'égard de certaines personnes, à l'égard surtout de son frère et de ses enfants. A deux reprises, il a cherché à tuer son frère, en lui tirant des coups de fusil. Deux de ses enfants étant venus le voir à l'asile, il s'est jeté sur eux et on a dû les protéger. Il prétendait « qu'ils avaient

manqué à Sa Sainteté ». En somme, L... est un aliéné mystique homicide.

A. — *Grande envergure.* — Hauteur totale de la taille : 1^m,66.

Grande envergure : 1^m,70.

Indice : 102.4.

B. — *Aspect extérieur. Gracilité.* — L... est assez vigoureux pour son âge, sa santé est toujours bonne. A première vue il n'offre d'autre particularité que celle d'avoir la face trop aplatie latéralement.

C. — *Front.* — Il se rapproche du type droit. Les sinus frontaux ne produisent pas de saillie.

Diamètre frontal minimum : 10 c. 2.

Indice frontal : 70.3. Le front est étroit, ce qu'on pouvait déjà constater sans le secours du compas.

D. — *Diamètres et courbes céphaliques. Indices.* — Diamètre céphalique antéro-postérieur maximum : 19 c. 8.

Diamètre céphalique transverse maximum : 14 c. 5.

Indice céphalique : 73.2.

Circonférence céphalique totale : 56 centimètres.

Demi-circonférence céphalique antérieure : 28 centimètres.

Indice de la demi-circonférence : 50.

Courbe infio-frontale : 34 centimètres.

Toutes ces dimensions sont au-dessous des moyennes. L... est un peu microcéphale. Il présente en plus une dolichocéphalie exagérée, ce qu'on voyait déjà sans mensuration au compas.

E. — *Face.* — Hauteur totale de la face : 19 centimètres.

Diamètre bizygomatique : 13 c. 8.

Indice du visage : 137.6.

Diamètre ophryo-alvéolaire : 9 centimètres.

Indice facial : 65.1.

Largeur de la face par rapport au diamètre transverse maximum : 95.1.

Cette largeur relative exagérée de la face est la seule particularité qui puisse se rattacher à la criminalité, les autres semblent plutôt appartenir à la dégénérescence.

F. — *Mâchoire inférieure.* — Diamètre bigoniaque : 10 c. 3.

Diamètre gonio-mentonnier : 11 centimètres.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre bizygomatique : 74.6.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre frontal minimum : 100.9.

Nous ne trouvons pas le stigmate de la mandibule, laquelle est au contraire très petite, d'une façon absolue et d'une façon relative.

G. — Oreilles. Palais. — Les oreilles sont régulièrement conformées, l'angle auriculo-temporal est normal. Le palais est très ogival. Le nez aquilin et long ne présente pas de déviation.

H. — Déformations craniennes et faciales. — Crâne et face sont symétriques. On a signalé plus haut la dolichocéphalie exagérée et la tendance marquée à la microcéphalie.

I. — Barbe. Cheveux. — Système pileux très développé. Les cheveux et la barbe sont bruns, durs, épais.

Rien autre à noter. La physionomie n'a rien de particulier.

10^e A..., trente-deux ans, est un mélancolique qui, au début de son accès, a tué successivement quatre personnes. Il n'est pas épileptique, comme on pourrait le penser en raison de ses quatre homicides successifs et de leur mode de perpétration, A... est simplement un mélancolique homicide.

A. — Grande envergure. — Hauteur totale de la taille : 1^m, 57.

Grande envergure : 1^m, 67.

Indice : 106.4. Exagération donc de la grande envergure.

B. — Aspect extérieur. Gracilité. — Homme robuste et ne présentant aucune particularité physique appréciable à première vue. Physionomie insignifiante, triste comme chez les mélancoliques.

C. — Front. — Il se rapproche du type droit. Les sinus frontaux ne produisent pas de saillie à sa partie inférieure.

Diamètre frontal minimum : 11 c. 4.

Indice frontal : 74, c'est le chiffre moyen.

D. — Diamètres, courbes et indices céphaliques. — Diamètre céphalique antéro-postérieur maximum : 18 c. 6.

Diamètre céphalique transverse maximum : 15 c. 4.

Indice céphalique : 82.7.

Circonférence céphalique totale : 57 centimètres.

Demi-circonférence antérieure : 26 centimètres.

Indice de la demi-circonférence : 45.6.

Courbe infio-frontale : 35 centimètres.

Ces mesures sont moyennes, sauf l'indice de la demi-circonférence céphalique antérieure qui est inférieur. Chez nos sujets normaux, nous avons trouvé cet indice moyen égal à 54.5. Il y a donc infériorité des parties antérieures du cerveau. Le sujet

est brachycéphale, mais sa brachycéphalie est inférieure à celle de nos normaux.

E. — Face. — Hauteur totale de la face : 19 c. 4.

Diamètre bizygomatique : 14 c. 2.

Indice du visage : 136.6.

Diamètre ophryo-mentonnier : 8 c. 9.

Indice facial : 62.6.

Largeur de la face relativement à celle de la tête : 92.2.

Ces mesures ne s'éloignent guère des mêmes mesures moyennes prises chez les normaux.

F. — Mâchoire inférieure. — Diamètre bigoniaque : 11 c. 2.

Diamètre gonio-mentonnier : 9 c. 8.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre bizygomatique : 78.8.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre frontal minimum : 98.2.

On voit que les dimensions de la mâchoire sont inférieures, d'une façon absolue aussi bien que d'une façon relative.

G. — Oreilles. Palais. — Les oreilles sont très bien conformées, elles ne sont pas écartées de la tête. Le palais est normal. Le nez est légèrement aquilin, non dévié.

H. — Déformations craniennes et faciales. — Elles sont complètement défaut.

I. — Cheveux. Barbe. — Les cheveux sont châtain, abondants, durs. La barbe est blonde et assez fournie.

Aucune autre particularité à noter. Le regard n'est ni dur, ni ironique, le faciès exprime le découragement, ce qui est rationnel, le sujet étant en accès de mélancolie. En résumé, A... ne présente pas de stigmate de criminalité.

Nous n'avons reproduit, dans les descriptions précédentes, que les principales indications anthropométriques et les principales particularités physiques qui, d'après l'École, se rattachent directement à la criminalité, afin de ne pas compliquer encore cette étude si aride déjà. En jetant un coup d'œil d'ensemble sur ces descriptions, on constate que les sujets présentent tous en général, combinés ensemble, et des stigmates isolés de la criminalité homicide, et des signes physiques de dégénérescence. Deux sujets seulement, les nommés Co... et

Louis C... (n° 3 et 7), offrent un ensemble réel de particularités qui les rapprochent de l'homme criminel de M. Lombroso. Mais ces particularités n'existent au complet chez aucun des deux, et chez le premier (Co..., n° 3), elles sont à peine marquées et il faut, pour les constater, des mensurations rigoureuses. Chez le second (Louis C...), elles sont plus marquées mais moins complètes, certaines sont même remplacées par des particularités opposées.

Si maintenant nous observons, non plus des aliénés à tendances homicides, mais des aliénés inoffensifs, nous voyons qu'eux aussi présentent des signes de dégénérescence et de criminalité combinés ensemble. On rencontre également parmi eux des sujets qui, par l'ensemble de leurs particularités physiques, se rapprochent plus ou moins du type criminel. Le fait est bien connu de tous ceux qui fréquentent les asiles et il est, par suite, inutile d'en reproduire des exemples ici.

La plupart donc des aliénés, qu'ils soient homicides ou inoffensifs, présentent des signes de criminalité et de dégénérescence. Comparer individuellement ceux qui ont des tendances homicides à ceux qui n'en ont pas, ne conduirait à aucune conclusion sérieuse. En opérant des sélections préalables, on pourrait même arriver à tel résultat qu'on voudrait. La question est de savoir si les premiers, les homicides, envisagés dans leur ensemble, se rapprochent plus que les seconds, les inoffensifs, envisagés également dans leur ensemble, du type de l'homme criminel.

Pour résoudre cette question, il faut d'abord constituer, avec les dix sujets dont nous avons les descriptions, un type moyen unique, et comparer ensuite ce type moyen : 1° au type moyen de l'aliéné, inoffensif établi sur les aliénés inoffensifs que nous observons à l'asile, et 2° au type moyen de l'homme normal de la région. Nous avons déjà ce dernier terme de comparaison ; qu'à

à l'autre, le type moyen de l'aliéné inoffensif, il nous faut l'établir sur nos malades. Pour cela, prendre un à un les 220 aliénés hommes de l'asile et faire les moyennes de leurs divers éléments anthropologiques, serait un travail excessif, et qui plus est un travail défectueux. Cette grande série de 220 sujets comprendrait proportionnellement un nombre de dégénérés (idiots et imbéciles), supérieur à celui des mêmes sortes de malades de notre petite série de 10 aliénés criminels. Dans cette dernière série, on l'a vu, il ne se trouve que 2 imbéciles prononcés, les n^{os} 2 et 3, porteurs tous les deux, comme c'est fréquent, de signes prononcés de dégénérescence physique ; tous les autres sujets sont, au contraire, très peu dégénérés physiquement. Il faut donc établir une série analogue d'aliénés inoffensifs, c'est-à-dire une série composée de un cinquième de sujets fortement dégénérés physiquement, et de quatre cinquièmes de sujets n'ayant que le moins possible de tares de dégénérescence. Nous avons, en somme, réuni 49 aliénés inoffensifs choisis comme il vient d'être dit. Sans entrer dans les détails fatigants de leurs observations individuelles, nous ne noterons que les éléments anthropométriques de leur type moyen qui se rapportent à cette étude.

Voici maintenant les tableaux donnant, dans l'ordre qui a été suivi jusqu'ici, les principales particularités anthropologiques notées successivement sur le type moyen, 1^o de l'aliéné à tendances homicides, 2^o de l'aliéné inoffensif, 3^o de l'homme normal de la région.

A. — GRANDE ENVERGURE.

1^o Indice de la grande envergure chez les aliénés à tendances homicides : 104.4.

2^o Indice de la grande envergure chez les aliénés inoffensifs : 105.3.

3° Indice de la grande euvergure chez les normaux : 103.9 ou 104.4 (d'après Collignon, cité par M. Topinard).

Les aliénés à tendances homicides ont un indice de la grande euvergure égal à l'indice moyen, les aliénés inoffensifs en ont un qui est supérieur au moyen. Selon les données de l'anthropologie criminelle, on eût dû arriver à un résultat contraire.

B. — FRONT.

On a vu, dans le passage consacré à l'énumération des stigmates de la criminalité, la méthode suivie pour obtenir la courbe frontale. A partir d'un certain degré d'inclinaison, toujours le même pour tous les sujets, le front est réputé fuyant. Ce procédé est très primitif, il est même un peu arbitraire, mais il semble cependant suffisant pour cette étude, parce que, en réalité, l'École d'anthropologie criminelle paraît n'avoir jamais constaté les particularités du front autrement qu'à l'aide d'un simple coup d'œil. M. Lombroso et ses élèves parlent sans cesse de « *front fuyant et de sinus énormes* », mais jamais ils ne donnent les tracés ou les mensurations du front. Il serait pourtant facile de mesurer l'angle que fait la ligne du front sur le plan auriculo-sus-nasal au moyen d'un instrument très simple, dont l'idée nous a été fournie par l'équerre flexible de Broca. Nous n'avons pas employé cet instrument ici, les chiffres que nous eussions obtenus n'eussent pu être mis en regard d'aucun chiffre analogue. En résumé, quand notre tracé frontal dénote une certaine inclinaison, laquelle sert de point de repère, le front est réputé fuyant. Tant qu'il n'arrive pas à ce degré d'inclinaison, il est réputé droit ou ordinaire. C'est aussi sur le tracé que nous voyons s'il convient de noter les sinus

frontaux comme étant normaux ou exagérés. En procédant ainsi, nous avons trouvé le pourcentage suivant dans les trois catégories de sujets.

1° *Aliénés à tendances homicides*. — Front fuyant avec exagération des sinus frontaux : 20 p. 100. — Front fuyant sans exagération des sinus frontaux : 10 p. 100.

2° *Aliénés inoffensifs*. — Front fuyant avec exagération des sinus frontaux : 15 p. 100. — Front fuyant sans exagération des sinus frontaux : 8 p. 100.

3° *Hommes normaux*. — Dans cette troisième catégorie, les tracés avec l'inclinaison qui nous a servi de point de repère, ou avec la saillie (produite par les sinus frontaux) qui nous a également servi de point de repère, sont beaucoup moins fréquents que dans les deux catégories précédentes. En d'autres termes, « les fronts fortement fuyants et les sinus frontaux énormes », selon l'expression de l'École, sont extrêmement rares chez les individus normaux.

Diamètre frontal minimum :

1° Aliénés à tendances homicides : 10.6.

2° Aliénés inoffensifs : 11.6.

3° Individus normaux : 11.2.

Indice frontal :

1° Aliénés à tendances homicides : 70.3.

2° Aliénés inoffensifs : 76.

3° Individus normaux : 73.

Nos résultats, en ce qui concerne le front, sont conformes aux données de l'anthropologie criminelle. — Les déformations frontales : inclinaison exagérée et sinus frontaux anormalement développés, sont beaucoup plus fréquentes, chez les aliénés à tendances homicides, que chez les aliénés inoffensifs et chez les normaux. De même le diamètre frontal minimum et l'indice frontal sont plus faibles chez les aliénés criminels que chez les aliénés inoffensifs et chez les normaux. — Nous notons

ici un résultat inattendu, les deux mesures : diamètre frontal et indice frontal, sont plus hautes chez les aliénés inoffensifs que chez les normaux. C'est certainement un résultat exceptionnel dû au hasard et qui ne doit pas être généralisé.

C. — ASPECT EXTÉRIEUR. GRACILITÉ.

Tous les aliénés à tendances homicides de notre série, sauf un, sont bien musclés, robustes, et d'une bonne santé habituelle. C'est bien là une particularité notée par l'École, mais elle n'est guère susceptible d'être étudiée comparativement dans nos trois catégories de sujets.

D. — DIAMÈTRES, COURBES, INDICES CÉPHALIQUES.

Diamètre céphalique antéro-postérieur maximum :

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 18 c. 8.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 19 c. 2.

3° Chez les normaux : 18 c. 5.

Diamètre céphalique transverse maximum :

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 15 c. 1.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 15 c. 3.

3° Chez les normaux : 15 c. 6.

Indice céphalique :

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 80 c. 4.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 79 c. 8.

3° Chez les normaux : 84 c. 6.

Au point de vue de l'anthropologie criminelle, l'indice céphalique n'a pas une grande importance, cependant il y a, d'après l'École, une tendance à la brachycéphalie chez les homicides. — Les aliénés, ceux du moins que nous avons mesurés, sont, comme on le voit dans le

tableau précédent, mesoticephales ou à peine sous-brachycéphales ; mais, en réalité, les plus brachycéphales d'entre eux sont ceux qui ont des tendances homicides. C'est donc là un résultat conforme à la donnée de l'anthropologie criminelle.

Circonférence céphalique totale :

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 54 c. 4.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 56 c. 7.

3° Chez les individus normaux : 58 c. 8.

Demi-circonférence céphalique antérieure :

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 28 c. 6.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 29 c. 1.

3° Chez les individus normaux : 32 c. 1.

Indice de la demi-circonférence céphalique antérieure.

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 51 c. 6.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 51 c. 2.

3° Chez les individus normaux : 54 c. 5.

Dans leur ensemble, les mensurations des circonférences céphaliques sont confirmatives des données de l'anthropologie criminelle. On voit, en effet, que la circonférence totale et la demi-circonférence antérieure sont, chez les aliénés en général, au dessous de la moyenne, et que ces deux éléments anthropométriques sont plus petits chez l'aliéné criminel que chez l'aliéné inoffensif.

Quant à l'indice de la seconde courbe par rapport à la première, il est à peu près le même chez l'aliéné criminel et chez l'aliéné inoffensif. Il y a pourtant une différence, qui ne devrait pas exister, en faveur de l'aliéné criminel, mais elle est très minime et ne mérite pas d'être prise en considération.

E. — FACE.

Indice du visage. — Rappelons qu'on désigne ainsi le rapport de la hauteur totale du visage, du point mentonnier à la racine des cheveux, à la plus forte largeur de la face, c'est-à-dire au diamètre bizygomatique :

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 136 c. 4.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 135.

3° Chez les individus normaux : 136.

La différence est en faveur des premiers, ce qui corrobore la donnée de l'anthropologie criminelle sur la hauteur de la face.

Diamètre bizygomatique :

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 13 c. 7.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 14 centimètres.

3° Chez les individus normaux : 13 c. 9.

Rapport entre le diamètre bizygomatique et le diamètre céphalique transverse maximum :

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 91.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 90.2.

3° Chez les individus normaux : 90.

Indice facial :

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 63.3.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 61.9.

3° Chez les individus normaux : 61.7.

On voit donc d'abord que la largeur absolue de la face (diamètre bizygomatique) va en décroissant dans l'ordre suivant : Aliénés inoffensifs, sujets normaux, aliénés à tendances homicides. Ces derniers cependant, d'après l'École, devraient avoir « les zygomés très écartés ». Mais quand on tient compte, non plus de la largeur absolue, mais de la largeur relative de la face par rapport au diamètre céphalique transverse maximum, on voit que l'ordre de décroissance est changé, et que ce

sont bien les aliénés à tendances homicides qui occupent le premier rang.

Quant à l'indice facial, il est plus élevé chez les aliénés à tendances homicides que chez les autres sujets, c'est-à-dire que chez ceux-ci, la face réelle (diamètre ophryo-alvéolaire) est moins longue que chez ceux-là.

F. — MACHOIRE INFÉRIEURE.

Diamètre bigoniaque :

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 11 c. 2.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 11 c. 5.

3° Chez les sujets normaux : 11 c. 4.

Diamètre gonio-mental.

1° Chez les criminels à tendances homicides : 10 c. 2.

2° Chez les criminels inoffensifs : 9 c. 5.

3° Chez les sujets normaux : 10 centimètres.

Le diamètre bigoniaque est moins grand chez les aliénés à tendances homicides que chez les autres sujets. En revanche, le diamètre gonio-mentonnier est plus élevé chez eux que chez les autres ; ce qui, en réalité, prouve une *tendance au prognathisme* plus marquée chez les aliénés homicides que chez les autres sujets : aliénés inoffensifs et normaux. — Mais, nous l'avons déjà répété plusieurs fois, ce sont les rapports des différentes mesures entre elles, et non les mesures absolues qu'il importe surtout de connaître. Voici les rapports entre le diamètre bigoniaque, d'une part, et les diamètres bizygomatique et frontal minimum, d'autre part.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre bizygomatique :

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 82.2.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 82.1.

3° Chez les sujets normaux : 81.9.

Rapport du diamètre bigoniaque au diamètre frontal minimum :

1° Chez les aliénés à tendances homicides : 105. 8.

2° Chez les aliénés inoffensifs : 99.1.

3° Chez les sujets normaux : 100.8.

On voit, sans qu'il soit nécessaire d'entrer dans aucune explication, que la largeur de la mâchoire inférieure est bien plus grande chez les aliénés à tendances homicides que chez les autres sujets, quand on envisage cette largeur comparativement à la largeur de la face, et surtout à celle du front. — C'est la confirmation d'une des plus importantes données de l'anthropologie criminelle.

G. — OREILLES. PALAIS.

Les malformations de l'oreille sont très fréquentes chez les aliénés. L'une de ces malformations est, en anthropologie criminelle, considérée comme un stigmate important de la criminalité, c'est celle qui est constituée par l'écartement exagéré du pavillon. M. Lombroso la désigne sous le nom d'*oreilles en anse*. Nous avons trouvé trois fois les oreilles fortement en anse chez nos dix aliénés criminels homicides, et cette proportion est bien supérieure à celle qu'on constate chez les aliénés non homicides.

Mais il faudrait, pour résoudre rigoureusement la question de la proportion des oreilles en anse dans les différentes catégories de sujets, employer la méthode suivie par M. Frigerio, noter exactement, au moyen de l'instrument construit par cet auteur, l'angle auriculo-temporal de tous les sujets de chaque catégorie, faire ensuite des moyennes et comparer ces dernières entre elles. Nous avouons que nous renonçons à entreprendre ce travail, et nous nous contentons de donner ici le

résumé des constatations faites sur les oreilles de nos dix aliénés à tendances criminelles.

Quatre fois les oreilles étaient normales.

Six fois elles étaient de forme défectueuse, sessiles plus ou moins, quelquefois trop écartées de la tête, mais pas réellement en anse, car il faut, pour que les oreilles soient en anse, un écartement considérable (voir le travail de M. Frigerio dans les *Archives d'anthropologie criminelle*, 1888, p. 17).

Trois fois elles étaient de forme défectueuse et en anse.

Quant aux anomalies de la voûte du palais, nous n'avons trouvé que trois fois le palais normal, six fois il était ogival, une fois il était ogival et asymétrique (chez le nommé H... n° 2).

Pour les autres particularités analogues et ayant rapport au nez, aux dents, etc..., il est impossible d'en apprécier l'importance proportionnelle dans les trois classes, aliénés homicides, aliénés inoffensifs, individus normaux; nos sujets ne sont pas assez nombreux pour cela, les résultats qu'on obtiendrait n'auraient aucune valeur réelle. Toutes ces particularités, nous les avons notées avec soin chaque fois que nous les avons rencontrées (voir plus haut les descriptions anthropologiques de chaque sujet).

H. — DÉFORMATIONS CRANIENNES ET FACIALES.

Il en est de même pour les déformations craniennes et faciales. Nos aliénés homicides ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse généraliser les résultats obtenus sous ce rapport de leur observation, et savoir s'ils présentent, plus ou moins fréquemment que les autres aliénés, ce genre de stigmate. Dans les observations anthropologiques nous avons noté toutes les déformations craniennes et faciales constatées chez les

sujets, et on peut voir qu'elles sont relativement assez nombreuses. Mais il est certain qu'elles se rattachent plutôt à la dégénérescence qu'à la criminalité.

I. — CHEVEUX, BARBE.

Il faudrait, si l'on voulait établir, d'après une méthode réellement scientifique, la comparaison entre le système pileux des aliénés homicides et celui des aliénés ordinaires et des individus normaux, un nombre d'aliénés criminels bien supérieur à celui des sujets dont nous disposons. Il faudrait, en effet, établir des séries d'après les âges, d'après les teintes de cheveux, etc., en tirer des moyennes, qu'on comparerait ensuite entre elles. — Nous ne pouvons que renvoyer aux descriptions anthropologiques détaillées de tous nos aliénés à tendances homicides. Il est cependant une remarque qui doit être faite ici : nos dix sujets, dans leur ensemble, s'éloignent beaucoup, en ce qui concerne le système pileux, des données de l'anthropologie criminelle ; plusieurs d'entre eux sont chauves, d'autres sont atteints de canitie (cheveux blancs, d'après M. Lombroso), beaucoup enfin ont la barbe dure et épaisse. Tous ces caractères sont contraires à ceux que l'École attribue aux criminels homicides.

Nous arrivons ici à la fin de notre étude. Nous avons simplifié le plus possible les recherches en ne retenant que les signes de criminalité homicide les plus importants d'après l'École. Nous avons négligé les autres, parce que le nombre trop restreint de nos sujets ne nous eût pas permis d'établir réellement la fréquence comparative de ces signes secondaires, dans les trois classes d'individus : aliénés à tendances homicides, aliénés ordinaires et hommes normaux. Ces stigmates ou particularités secondaires servent surtout, en anthropologie criminelle, à caractériser les diverses sortes de criminels,

les voleurs, les faussaires, les auteurs de viols, etc., et nous ne nous sommes occupé que des homicides, en sorte que nous n'avions pour ainsi dire pas besoin d'en tenir compte. Leur absence ne peut en rien modifier nos conclusions. Tel qu'il est enfin, notre travail est déjà bien long et bien aride, car, dépourvu des instruments anthropométriques nouveaux qui permettent, paraît-il, comme le *tachianthropomètre* de M. Anfasso, de prendre les mesures automatiquement pour ainsi dire, nous avons dû employer exclusivement le mètre, la glissière et le compas de Broca.

Au début, nous avons dit que nous ne voulions pas nous préoccuper de la question de la régression atavistique, que nous voulions seulement savoir si les signes physiques, que l'anthropologie criminelle attribue à la criminalité homicide, se retrouvaient chez les aliénés à tendances homicides, et s'ils étaient chez eux plus fréquents et plus prononcés que chez les aliénés non homicides. Nous venions de recevoir dans notre service un malade (le nommé A..., n° 10), auteur de quatre meurtres, qui n'était ni persécuté, ni épileptique, ni alcoolique, et qui ne présentait pas du tout les caractères physiques du criminel homicide de M. Lombroso. C'est ce fait qui nous a donné l'idée d'entreprendre ces recherches.

Eh bien, nous venons d'exposer, sans presque les commenter, les observations des dix sujets que nous avons pu réunir, voici maintenant les conclusions rigoureuses tirées de ces observations :

Pris individuellement, les aliénés à tendances homicides ne reproduisent pas fréquemment le type du criminel homicide avec tous ses caractères. Pris dans leur ensemble, c'est-à-dire étudiés sur le type commun moyen tiré des descriptions particulières de tous les sujets composant la série, et comparés aux aliénés ordi-

naires et aux individus normaux, ils se rapprochent beaucoup plus que ces derniers du criminel homicide de l'École. On autrement, les aliénés à tendances homicides considérés dans leur ensemble, se distinguent des aliénés inoffensifs par une proportion plus grande chez eux des stigmates que l'École attribue à la criminalité homicide. C'est en réalité une proposition analogue à celle que M. Lombroso a toujours soutenue à propos des criminels par rapport aux individus normaux.

On a dû remarquer que le type moyen, tiré de nos dix sujets, différerait du type criminel-né de l'École sous le rapport de la grande envergure et sous celui des particularités du système pileux. Ces deux points semblent relativement secondaires, alors que toutes les autres conditions sont conformes aux données de l'École. C'est pourquoi notre conclusion reste quand même légitime.

En terminant, rappelons encore que ce travail ne vise qu'un seul point de la doctrine lombrosienne, celui qui a trait à la valeur des stigmates physiques de la criminalité homicide. Toutes les autres propositions de l'École d'anthropologie criminelle sont hors de cause. Nous avouerons même que la théorie du crime, phénomène d'atavisme toujours, ne paraît pas étayée sur des données suffisamment positives, suffisamment scientifiques. Une agglomération d'individus véritablement criminels, c'est-à-dire conformément aux principes de criminologie exposés au début, complètement dénués d'altruisme, semble *ipso facto* incapable de tout progrès, de toute civilisation.

Une hypothèse qui paraît beaucoup mieux s'accommoder aux faits est celle-ci : Le crime, le *crime naturel*, bien entendu, est un phénomène de dégénérescence, et cette dégénérescence spéciale se caractérise ordinairement par certains signes physiques plus ou moins prononcés.

L'ART CHEZ LES ALIÉNÉS

Par le D^r HOSPITAL, de Clermont-Ferrand.

Premier article.

CURIEUSE SCULPTURE SUR BOIS, PAR UN PENSIONNAIRE DE L'ASILE D'ALIÉNÉS DE MONTREDON

Depuis bien près de trente ans que je me consacre à l'étude de la folie et au soulagement des malades qui en sont atteints, outre un nombre fort respectable d'observations et documents utiles à connaître, j'ai recueilli une énorme quantité d'objets, émanant des aliénés : écrits et élucubrations de toutes sortes, lettres, poésies, chansons, plaintes, prières, doléances, cantiques, journaux manuscrits, réclamations, pétitions, satires, idiomes inconnus, alphabets singuliers ; découpages, sculptures sur bois, pierre, plâtre, petits objets ouverts au couteau, tels que pipes, tabatières, pilons, porte-plumes ; dessins, estampes coloriées avec des jus de fleurs, auto-biographies illustrées, chapelets bizarres, crucifix primitifs ; menus objets de toilette, vide-poches, pelotes, faits avec des chiffons ; cilices, armes grossières, rossignols ; bijoux consistant en cailloux sertis de fil de fer ; bagues en paille, fer-blanc, fil ; boucles d'oreilles et boutons d'habits ; décorations, médailles, rubans, cordes de pendus ; instruments de suicide, d'homicide, de mutilations, etc., etc.

Peu à peu, je procéderai au triage, au classement et à l'examen critique de ce monceau de documents, véri-

table bazar de produits d'imagination, décelant une sorte de civilisation à part, convaincu qu'il y a là une mine d'observations qui ne manqueront pas d'émerger, en comparant ces produits avec le genre de vésanie de ceux qui les ont conçus et exécutés.

J'inaugure ce travail de patience en vous communiquant la photographie d'un de mes plus curieux spécimens ; il m'a été adressé du Puy par mes collègues MM. les D^{rs} Vissaguet et Bonhomme, médecins de Montredon (1).

C'est un panneau de bois, long de 1 mètre, large de 32 centimètres, épais de 5 centimètres, représentant un relief taillé en plein bois, et dont je vais donner la description. La sculpture, qui remonte à plus de vingt ans, a pris une teinte de vieux buis qui, à une petite distance, lui donne l'aspect d'un de ces vieux bas-reliefs qu'on trouve dans les collections d'archéologie. Examiné de près, on constate que la main qui l'a fouillé n'était pas étrangère à l'art de Praxitèle et de Polyclète, mais on y relève nombre d'hérésies d'esthétique et de perspective : les personnages sont trop plats, trop courts ; on dirait qu'ils s'enfoncent dans du sable, car on ne leur voit pas de pieds. Malgré ces imperfections, l'auteur s'est tellement pénétré de son sujet, qu'il est parvenu à donner à ses personnages une vitalité extraordinaire ; les physionomies sont expressives, et l'ensemble est empreint de cette naïveté vivante qu'on constate dans les bas-reliefs des premiers siècles du moyen âge, dans les groupes personnés des chapiteaux romans, dans les scènes de la vie conventuelle des anciennes abbayes peintes ou sculptées, le long des stalles du chœur.

(1) Je dois ces belles photographies à deux artistes de valeur MM. Léopold Cason, père et fils, photographes à Clermont-Ferrand et à Royat-les-Bains.

On m'a dit que l'artiste n'avait eu à sa disposition que quelques outils, insuffisants comme nombre et comme technique ; qui sait ? peut-être même qu'un conteau ! Il lui a donc fallu une indomptable opiniâtreté et une bien grande patience pour arriver à créer, en quelques mois, une œuvre vraiment intéressante, tant par sa forme que par le genre d'esprit qui s'y révèle.

Quant à l'artiste lui-même, peu de renseignements : déjà d'un certain âge, il vint de sa propre volonté s'enfermer à l'asile, il y a vingt-deux ans ; il paraissait être sous l'obsession d'un état mélancolique hypocondriaque ; il s'y montra intelligent, d'un caractère inquiet et sombre ; il aimait le travail, se donnait comme peintre et était inoffensif ; parfois, dans la discussion, il révélait un raisonnement très serré. Il a dû être un mystique. Au bout de quelques mois, réputé guéri, il sortit, en laissant en souvenir le panneau en question. On n'a plus su de ses nouvelles.

Examinons, maintenant, ce curieux travail. Il semble avoir été destiné par l'auteur à célébrer le mérite des frères hospitaliers de Sainte-Marie de l'Assomption, consacrés au service des aliénés ; en effet, en fin observateur qu'il a été, pendant son séjour à Montredon, il a reproduit les principales scènes dans lesquelles les frères soignent leurs malades ; l'adjonction de citations évangéliques donne à l'œuvre la note religieuse, qui est la caractéristique de toute nosocomie congréganiste, et nous montre, en outre, l'état d'esprit où était notre artiste quand il a exécuté son œuvre.

La face sculptée est aux trois quarts encadrée d'un cordon en plein bois, imitant une chaîne à anneaux oblongs ; le côté du bas est le sol. Le panneau est divisé en deux parties horizontales, superposées. La partie supérieure est occupée par quatre livres, retenus ouverts

par une bande de bois ; ce sont les quatre évangiles ; la page gauche porte un verset en lettres archaïques, la page droite porte l'effigie de l'évangéliste avec son attribut habituel. Les versets sont les suivants :

1° *Évangile selon saint Jean* : « Mes frères, aimez-vous les uns les autres ; ne faites pas aux autres ce que vous ne voudriez pas qu'il vous soit fait à vous-mêmes. »

2° *Évangile selon saint Mathieu* : « Je vous dis, en vérité, qu'autant de fois que vous avez rendu de ces devoirs à l'un des plus petits de mes frères que vous voyez, c'est à moi-même que vous les avez rendus. »

3° *Évangile selon saint Marc* : « Si vous avez quelque chose contre qu'un (*sic*), pardonnez-lui, afin que votre père qui est dans le ciel vous pardonne aussi vos offenses. »

4° *Évangile selon saint Luc* : « Tenez-vous (done aussi) (*sic*) toujours prêts, parce que le fils de l'homme viendra à l'heure que vous ne pensez. »

Le second compartiment est la mise en pratique de ces belles maximes. Il est divisé en deux parties égales par une sorte de eippe ou demi-colonne en relief. La partie de gauche représente les soins que donnent aux aliénés les frères et le médecin ; on assiste à la visite ; les personnages, au nombre de treize, varient de hauteur entre 10 à 14 centimètres. En procédant de gauche à droite, on constate un groupe de quatre malades adultes représentant quatre principales vésanies : l'un paraît agité et gesticulateur, c'est l'*agitation maniaque* ; un autre marque le chagrin et l'affaissement, c'est la *mélancolie* ; un autre se tord de rire, c'est l'*aménomanie* ; un autre enfin, tassé sur lui-même, est culotté par un frère, c'est la *démence* ; en arrière du frère, on voit l'aumônier, ayant l'air recueilli. La seconde scène de cette espèce de triptyque se compose de cinq personnages : au milieu, le médecin, en chapeau haut, les

main dans les poches de son paletot, l'air méditatif ; à sa droite, un frère verse devant lui quelque chose dans une tasse : c'est l'emblème de la surveillance médicale dans l'administration des remèdes ; à sa gauche, un autre frère lui apporte, en le soulevant par les bras, un jeune idiot ; en arrière de ce groupe, émerge encore la tête de l'aumônier, comme pour rappeler aux nosocomes qu'ils ne doivent jamais perdre de vue le sentiment religieux, qui doit les animer et leur faire envisager leurs travaux comme une mission et non comme une tâche ; la troisième scène ne se compose que de deux personnages : un frère et un malade, le premier nettoyant, lavant le second, avec une tasse d'eau d'une main, une lingé de l'autre. L'autre sujet occupe, à lui seul, toute la seconde moitié ; il représente un chariot à deux roues très grossier, presque en ronde bosse, traîné par deux vaches, en mouvement ; derrière ce tombereau, un homme vieux, habillé comme les paysans des environs du Puy, se tient à genoux, son vaste chapeau à la main gauche, la droite touchant le rebord du char ; il penche la tête, et toute son attitude exprime un profond recueillement ; au-dessous du chariot, qui est rempli de menus moellons, et au premier plan, est couché à terre un tronc d'arbre pourri, d'où jaillit cependant une jeune branche, couverte de feuilles vertes, ressemblant à celles du lotus ; un peu plus à droite, un grand lézard.

L'auteur a-t-il voulu représenter allégoriquement la dernière étape de l'aliéné, l'enterrement, ainsi que le porteraient à l'admettre la citation du quatrième évangile, la branche vive sortant du tronc mort, symbole de la résurrection, le lézard, emblème du retour à l'intelligence, après l'engourdissement hivernal, enfin l'attitude agenouillée de l'homme ? c'est probable ; mais l'absence de tout appareil funéraire et religieux, dans ce singulier

convoi, enlève de la force à cette hypothèse. N'aurait-il pas plutôt voulu nous montrer que la guérison de la folie, la résurrection de cette mort intellectuelle, ne peut s'espérer que par le travail, et plus particulièrement les travaux manuels de la terre ?

Toute cette sculpture est en plein bois, d'un seul morceau, sans aucune pièce rapportée ; ce bois m'a paru être une espèce de pin. Sauf l'épaisseur des lèvres, qui portent des traces de rouge, et les feuilles de « lotus » (?) qui portent des traces de vert, tout le reste a la couleur naturelle du bois.

Ce qui est remarquable dans ce travail, c'est que l'idée l'emporte sur la forme ; on ne remarque plus les imperfections de l'exécution, mais la pensée qu'elle exprime ; on ne rit plus des personnages, on les étudie et on les anime ; et qu'importent leur accoutrement et leur aspect, c'est leur acte qui nous saisit et nous intéresse ; c'est bien d'ailleurs ainsi que doit se comprendre la caractéristique du génie de la sculpture ; un manuscrit a-t-il besoin d'être admirablement calligraphié pour que soient belles les pensées qu'il recèle ? Nul doute pour moi que si ce malheureux artiste n'avait pas été atteint de perturbations psychiques, il serait devenu un homme remarquable au lieu de végéter obscurément ; mais, malheureusement, on est tenté de dire de la folie ce qu'on a dit de la politique, qu'elle stérilise tout ce qu'elle touche.

(A suivre.)

Médecine légale

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS EN ITALIE

Par le D^r P. MOREAU (de Tours)

SOMMAIRE. — I. Arbitrio ed imputabilità ; D^r Michetti. Pesaro, 1886. — II. Le crime dans l'épilepsie ; D^r Frigerio. *Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*, vol. XIII, fasc. 2. — III. Simulation du crime par auto-suggestion dans l'hystérie ; D^r G. Antonini. *Ibid.*, fasc. 2-3. — IV. Atrophie de l'hémisphère droit chez un criminel gaucher ; D^r Frigerio. *Ibid.*, fasc. 4-5. — V. Infanticide commis par une pellagreuse ; D^r Frigerio. *Ibid.*, fasc. 4-5. — VI. Folie simulée. Expertise médico-légale d'un soldat accusé de destruction d'objets d'équipement et d'insubordination ; D^r Ruggero Tambroni. *Raccogli-tore medico*, série 5, vol. XIII, n^{os} 7, 8, 9. — VII. Influence du sexe sur la criminalité en Italie, D^r Roncoroni. *Archivio de psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*, vol. XIV, fasc. 1. — VIII. Blessures par un épileptique. Expertise ; par le D^r Francesco Cascella. Aversa, 1892. — IX. Paranoïa primitive, violences et menaces. Expertise médico-légale ; D^r Sannarà-Salarès, directeur du Manicomio de Cagliari, 1892. — X. Tentative d'homicide. Expertise médico-légale ; D^r F. Santangelo-Spoto. *Il Pisani. Gazzetta sicula di scienze mediche e psicologiche*, ann. XIII, Palerme, 1892.

I. — Si l'on croit au sens commun, le juste, le bien et l'utile sont trois manifestations d'un même principe, le vrai. Une théorie scientifique qui reconnaîtrait le consentement universel pour dangereux devrait par cela même être considérée comme erronée. Il est à présumer cependant que les idées des vieux auteurs sur la liberté et sur

l'imputabilité des actions humaines, dépouillées bien entendu des vulgaires superstitions, jouiront toujours d'une indéniable évidence et que les merveilleux progrès des règles expérimentales, loin d'en atténuer la force, concourront à augmenter leur puissance.

Dans la première partie de son ouvrage, l'auteur passe d'abord en revue les différences qui séparent les différentes doctrines les plus célèbres, anciennes et modernes. Il n'a pas cherché à faire une étude complète d'histoire critique, il s'est contenté de réunir quelques faits qui présentent un intérêt par les preuves sur lesquelles l'École classique fonde la doctrine du libre arbitre. Dans la seconde partie, après avoir relevé l'influence de l'anthropologie sur les progrès de la science et de la civilisation, il essaye de concilier avec les préceptes de la tradition italienne les résultantes de l'observation directe, tout en ayant soin de garder aux règles anatomiques et physio-pathologiques, leur prérogative caractéristique de positive. Certes, il n'a pas la prétention d'émettre des opinions nouvelles, mais cependant quant à ce qui regarde la marche de l'École actuelle, ses idées offrent quelques aperçus nouveaux. C'est ainsi que ce qui est resté longtemps dans l'oubli est toujours nouveau. Il ne faut pas croire que celui qui écrit puise tout dans son cerveau. La loi du devoir est beaucoup plus ancienne et plus certaine que ne le sont toutes les opinions des philosophes, toutes les découvertes des expérimentateurs. Malheur à celui qui se flatte qu'à lui seul a été réservé le privilège de connaître et de démontrer la vérité. La question sociale vers laquelle on se tourne aujourd'hui, les sciences, peuvent avoir une valeur inestimable, à condition que les déductions ne choquent pas et ne dépassent pas le résultat du travail réfléchi dans lequel s'incarne pour ainsi dire la vérité historique et scientifique. C'est sur ces bases que l'auteur a tenté

d'établir la notion scientifique du libre arbitre et de l'imputabilité.

II. — Le 28 novembre 18..., à 7 heures du matin, se passait dans le quartier de cavalerie d'O..., un fait grave qui aurait pu coûter la vie à plusieurs personnes. Le soldat B. T..., après avoir lancé dans la cour un banc et différents objets, s'enferma dans une chambre et avec sa lance et un couteau menaçait quiconque tentait de l'approcher. Il était en proie à une véritable fureur. Dans un rapport très détaillé le capitaine dit : « Aucune intimidation, aucune exhortation ne pouvait calmer B..., qui tout d'un coup, *comme pris d'une crise subite*, tomba à terre en lâchant sa lance. » Il resta dans une violente agitation et manifestait des idées de suicide. On crut avoir affaire à un simulateur et on le mit en observation.

L'hérédité de B.... est des plus chargées : Un oncle est mort fou au Manicome de P... Son père buvait et fut frappé d'apoplexie qui le rendit infirme du bras et de la jambe gauche. Un autre oncle est d'un esprit obtus, le frère de l'inculpé est sourd-muet, son plus jeune frère a eu des convulsions et est resté, comme on dit vulgairement, *accidentato*. Le malade a souffert de céphalalgie, de convulsions et d'hémorragies nasales : en outre, il a toujours été somnambule, misanthrope, onaniste. Son développement mental paraît avoir été tardif.

Soumis à un examen de longue durée, B... fut reconnu pour un véritable épileptique. Il n'a aucune conscience des faits qui se sont passés et dit que, depuis qu'il est au régiment, tout le monde lui voulait du bien et qu'il n'avait aucune raison pour faire du mal à ses camarades. « D'ailleurs, ajoute-t-il, il y a dans tout ceci un malentendu et en sortant d'ici je rentrerai au régiment. »

En résumé, l'explosion et la disparition subite de l'impulsion, la réaction motrice véritablement disproportionnée et l'amnésie absolue permettent d'affirmer sans

la moindre hésitation que les actes commis par B... appartiennent à la symptomatologie de la manie épileptique. Le tribunal militaire a déclaré l'irresponsabilité.

III. — La jeune Thérèse T..., âgée de vingtans, raconta que dans la nuit du 8 au 9 avril 1891, alors qu'elle se trouvait couchée avec F. Giovanna et une enfant de sept ans, elle avait été réveillée par un homme, qui, après l'avoir saisie par le cou, lui avait déchiré sa chemise et égratigné sur une épaule. Thérèse, remplie d'effroi, dit s'être mise à crier à tue-tête, que ses compagnes s'étaient réveillées, mais pas assez à temps pour voir celui qui l'assailait et qui, après avoir jeté un oreiller par la fenêtre, avait exécuté un saut de quatre mètres pour s'enfuir dans la rue. Il faut dire maintenant que Thérèse était dans cette maison d'après des mesures prises à la suite de discussions et de violences présumées exercées sur elle par sa marâtre. Auparavant, Thérèse avait passé pour la victime d'un rapt mystérieux qui avait donné lieu à un procès. Aucune preuve n'ayant été faite, l'autorité judiciaire soupçonna une simulation, car il était de notoriété que Thérèse était atteinte d'accès convulsifs avec perte de conscience.

Depuis un an et demi environ, Thérèse souffrait d'une façon intermittente de convulsions suivies d'obnubilation de la conscience et d'état d'excitation et de stupeur. En février 1890, elle eut sa première convulsion après une peur que lui aurait faite un homme qu'elle avait rencontré le soir en rentrant sur le seuil de la porte. Celui-ci tout d'abord l'aurait prise pour sa marâtre dont il était l'amant, et ayant reconnu son erreur l'aurait menacée si elle parlait. Le soir du jour suivant, elle eut une attaque convulsive, elle parla de la peur que lui avait faite un homme, voisin de sa demeure. En présence de ces accès répétés, l'opinion publique, guidée par les récits de la jeune fille, entrevit un roman

amoureux dans lequel Thérèse, devenue somnambule, était la victime de son amant..., etc.

Bref, toute cette histoire fut prise au sérieux et mit sens dessus-dessous les autorités civiles et militaires.

Un examen attentif de la jeune personne a permis au médecin de démêler, dans ces histoires bizarres, le caractère d'une véritable hystérique, naturellement portée à exagérer et, au besoin, à faire parler d'elle.

Les antécédents héréditaires nous montrent le père alcoolique chronique, la mère morte jeune de phtisie, un frère de vingt et un ans, malingre, glabre, avec un thorax allongé, figure asymétrique, d'une intelligence très limitée. La malade, issue de secondes noces, fut réglée à douze ans. D'une intelligence ordinaire, elle profita pourtant assez de son instruction élémentaire pour écrire des lettres et des récits avec un véritable luxe de détails et une grande imagination; elle présentait toujours une grande somnolence et des troubles gastriques. Les accès convulsifs qu'elle présentait survenaient sans cause appréciable ou à la suite d'une émotion morale, précédés ou non d'aura, sensation de boule. La description de la crise est celle d'une attaque franche d'hystérie.

L'observation a montré que non seulement les faits soutenus par la malade comme véritables font partie de la nouvelle personnalité qui se développe en elle, dans ses périodes de crise, mais encore que les actes de Thérèse, en ce qui regarde les attentats qu'elle eut à subir, furent conçus en état d'inconscience, en état d'automatisme analogue à l'état hypnotique.

IV. — On admet généralement que le fait d'être gaucher est dû à une prédominance fonctionnelle de l'hémisphère cérébral droit. Le D^r Frigerio a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un aliéné qui, dans un accès de délire, avait tué sa femme de deux coups de marteau. Cet

homme était gaucher. En septembre 1891, il succombait à l'asile d'une cirrhose. L'autopsie montra les os du crâne amincis, spongieux, le sillon de l'artère méningée moyenne très profond à droite; ce sillon aboutissait à une profonde et vaste excavation située à peu de distance du vertex. La dure-mère était notablement épaissie, adhérent par de nombreuses granulations à l'extrémité supérieure de la circonvolution pariétale droite.

Le cerveau pesait dans son ensemble 1,270 grammes, l'hémisphère droit était plus petit, plus court et moins pesant que le gauche; il mesurait 8 centimètres en largeur et 23 en longueur; son poids était de 550 grammes. L'hémisphère gauche avait 11 centimètres de large, 25 de long et pesait 570 grammes. Le cervelet pesait 150 grammes.

Les circonvolutions droites étaient plus contournées, principalement dans le lobe frontal. Du même côté, on remarquait en outre le peu de profondeur des sillons dans le lobule paracentral. Corne d'Ammon, normale.

À gauche, la pie-mère se détachait comme à droite. Les trois circonvolutions frontales étaient bien marquées; la frontale et la pariétale ascendante étaient un peu plus apparentes que de coutume. Les circonvolutions temporales, celle du lobule et du lobe occipital, étaient bien distinctes.

Dans la face inter-hémisphérique on remarquait la profondeur de la scissure calloso-marginale et des sillons des circonvolutions. Le pédoncule cérébral droit, surtout à son extrémité supérieure, était plus petit que le gauche.

La masse cérébrale était imbibée de sérum et dans le ventricule latéral gauche se trouvait un coagulum fibrineux. À l'extrémité supérieure du grand pied de l'hippocampe on voyait de fines arborisations vasculaires et à la coupe on constatait l'existence d'un petit foyer, de

date ancienne, de couleur de plomb, de tissu friable.

A la base, la pie-mère était notablement épaissie, laiteuse, opaque. A l'hexagone de Willis on remarquait que le calibre de la carotide interne droite était beaucoup moindre qu'à gauche, observation inverse pour la communicante postérieure qui, de plus, était imparfaite à droite.

L'écorce cérébrale était spécialement atrophiée à droite, le sillon intermédiaire de Kœlliker à peine visible.

Des sections multiples dans divers points de la moelle spinale ne donnèrent aucun résultat.

Le crâne pesait 580 grammes et présentait quelques anomalies intéressantes à signaler.

C'est ainsi que le tubercule occipital externe était véritablement énorme. A l'intérieur on notait que la crête frontale était bien plus saillante que d'habitude et mesure 77 millimètres de relief et que le sillon qui reçoit l'artère méningée gauche, comparé à celui de droite, était à peine visible.

Dans le plan antérieur de la base on remarquait que l'apophyse cristagalli, peu forte, mais longue de 1 centimètre, naissait sur une très large lame criblée d'une façon anormale. Dans le plan inférieur on notait la présence de la fossette occipitale médiane assez profonde.

Ce cas est intéressant au point de vue de l'anthropologie criminelle.

V. — Dans la soirée du 19 septembre 1891, la nommée R... tuait sa petite fille en l'enterrant vivante dans un champ voisin de sa demeure. R.... avait toujours eu une existence sans tache, mais après son mariage avait été atteinte de folie pellagreuse, ainsi qu'il résulte des déclarations des médecins qui la virent à cette époque. Elle présentait les caractères morbides, tels que la dénutrition cachectique, la diminution des forces, l'altéra-

tion cutanée de la face dorsale des mains avec exacerbations au printemps, etc. Ces phénomènes permettent de penser que R... ne se trouvait pas dans des conditions psychiques normales.

A son entrée en prison (5 novembre), R... était en proie à une grande dépression psychique. Elle pleurait à chaudes larmes, demandait son mari et ses enfants, et quand on l'interrogeait, elle répondait avec justesse, mais en sanglotant et réclamait immédiatement la juste peine qu'elle disait avoir méritée pour avoir tué sa fille.

Le récit qu'elle fait de son crime, les détails dans lesquels elle entre sont d'autant plus à remarquer, qu'ils expriment un des caractères les plus constants de certaines formes d'aberration mentale. R... toujours égale à elle-même pendant son séjour, est calme en apparence, mais quand on l'interroge, elle répond invariablement avec des paroles de douleur pour déplorer l'acte horrible qu'elle a commis, poussée par une impulsion irrésistible.

Un examen attentif a montré que R..., reconnue irresponsable de son crime, devait cependant être enfermée dans un asile jusqu'à son complet rétablissement. Prematurément rendue à la liberté et à sa famille, la malade pourrait, sous l'influence de certaines causes morbides, subir de nouvelles impulsions et attenter à de nouvelles existences.

· VI. — Dans la journée du 26 octobre 1890, le soldat P..., de la 1^{re} compagnie de discipline, à Venise, étant aux arrêts de rigueur, mit en pièce sa capote. Le lendemain, sans tenir compte des observations de l'officier de service, il déchira sa toque, puis se mit à faire du tapage, brisa les fers qu'on lui avait appliqués, essaya de se barricader dans sa cellule et finalement son attitude rendit nécessaire la camisole de force qui ne fut pas appliquée sans peine. Les jours suivants il se livra à de nouveaux actes de violence et de rébellion. Conduit à la prison

militaire, son attitude pendant l'interrogatoire donna à penser au juge d'instruction qu'il avait affaire à un homme dont les facultés mentales laissaient à désirer. En conséquence il fut envoyé en observation au Manicomio de Ferrare, et soumis à l'examen du vice-directeur Dr Ruggero Tambroni.

D'après les renseignements obtenus, la famille de P... ne présente pas d'aliénés. Avant son incorporation, P... n'a jamais présenté d'affection mentale, mais il eut toujours une conduite mauvaise sous tous les rapports, ennemi du travail, adonné au vol et aux rixes et ne voulait vivre que du travail de son père, homme honnête et laborieux.

Son dossier est assez chargé : cinq jours de prison (à onze ans) pour blessure. Six jours (à dix-sept ans) pour vol simple. Un an (à dix-huit ans) pour vol qualifié. Au service militaire, son caractère agressif et violent lui valut de nombreuses punitions et son envoi dans les compagnies de discipline. Loin de s'amender il devenait chaque jour plus intraitable, au point qu'à la fin, on vint à douter de l'intégrité de ses facultés. Le Dr Tambroni, après un examen minutieux et de tous les instants, parvint à démontrer que P... n'avait jamais été fou, qu'il n'avait jamais présenté de trouble quelconque de l'intelligence, qu'il était un simulateur et par suite complètement responsable des actes dont il était accusé.

Sur ces conclusions, le Tribunal militaire condamna P... à dix années de réclusion militaire.

VII. — Dans cet intéressant et instructif travail, le Dr L. Roncoroni, examinant les statistiques de l'Italie et de quelques autres pays, arrive aux conclusions suivantes :

1° Chez la femme, la criminalité est 4-5 fois moindre que chez l'homme ; les délits graves sont commis par les femmes dans une proportion seize fois moindre (en Ita-

lie). Le même fait a lieu dans les autres contrées de l'Europe et d'outre-mer.

2° La criminalité chez la femme, comparée à celle de l'homme, atteint les plus hautes proportions d'abord dans l'âge avancé, puis dans l'enfance, puis dans l'âge intermédiaire. Si on considère la criminalité de la femme sans la comparer à celle de l'homme, on trouve que les plus fortes proportions de délit dans l'âge avancé, sont des délits graves. Dans les deux sexes, la proportion des délits commis par les jeunes gens est très élevée.

3° L'augmentation de la participation de la femme au crime, en rapport avec la civilisation, semble n'avoir lieu que pour les crimes les plus graves. Si on compare la criminalité chez la femme avec la criminalité chez l'homme, la première augmente encore plus que la seconde pour diminuer avec la civilisation, surtout en ce qui concerne les crimes graves.

4° Mettant en regard la criminalité chez la femme et la criminalité chez l'homme, on voit que la participation de la femme aux crimes est d'autant moindre qu'ils exigent plus de force physique et de conception intellectuelle.

5° Dans la jeunesse, dans les deux sexes, les crimes qui prédominent sont des crimes de violence. A un âge plus avancé, ce sont des crimes prémédités. Toutefois dans le sexe féminin, l'âge plus avancé surpasse l'âge plus jeune même dans les assassinats, les homicides, les incendies. Mais l'âge moyen (de vingt et un à cinquante) l'emporte dans le nombre de crimes de toute nature.

6° Les chiffres des délits pour chaque sexe et dans les différents pays présentent en général une grande constance. En Italie pourtant, il semble que les crimes graves diminuent chez l'homme, tandis que les crimes de peu d'importance augmentent dans les deux sexes.

Il semble également qu'il y ait augmentation de la criminalité grave chez la femme.

7° Les avortements et les infanticides semblent être commis sous l'empire d'une sorte de sentiment d'honneur, moins que par une sorte de coutume, et sont d'autant plus nombreux que le pays est plus civilisé. C'est ainsi que, dans l'Italie septentrionale, ce crime prédomine à un âge peu avancé, tandis que, dans l'Italie méridionale, il ne se montre que plus tardivement.

8° L'influence des grandes villes pour l'augmentation des délits est plus sensible pour le sexe féminin et se fait spécialement remarquer par l'augmentation des blessures, des vols à main armée et des vols simples.

9° Le nombre des acquittements est plus grand dans le sexe féminin.

10° Le mariage protège la femme beaucoup moins que l'homme.

11° En France, la criminalité de la femme récidive avec moins de fréquence que celle de l'homme.

En Allemagne, la fréquence est égale.

Est-il possible de donner une explication physiologique de ces faits ? Il semble que non.

Si, en effet, on considère la femme comme un être dont l'évolution est moins complète, dont les centres corticaux sont moins nombreux, moins complexes, moins coordonnés entre eux, on doit logiquement en tirer les conséquences suivantes :

1° A égalité de causes morbides les centres corticaux de la femme sont moins fréquemment et moins profondément altérables.

2° Les altérations morales de la femme doivent revêtir des formes moins compliquées, et pourrait-on dire, moins ingénieuses.

3° Les altérations, à égalité de condition, sont plus facilement réparables.

VIII. — G... a tué sa femme et aurait massacré d'autres personnes sans une intervention efficace. Les faits qui accompagnèrent parurent assez étranges pour motiver une expertise dont voici les conclusions :

G... est un névropathe héréditaire. Dans son enfance et dans son adolescence il présenta des attaques d'épilepsie et des convulsions. L'épilepsie fut confirmée d'après les influences nocives qui réveillèrent son ancienne susceptibilité, avant le crime. Au moment de l'acte il était épileptique à accès hallucinatoires. Lorsque le crime fut commis pendant un accès, il était en plein délire sensoriel terrifiant et sous la dépendance logique de son délire, dont il était la légitime solution. Aux crises succéda cet affaïssement intellectuel qui se produit rapidement à la suite des accès épileptiques ; donc l'auteur croit pouvoir dire :

1° Que G... est atteint d'imbécillité consécutive à des accès d'épilepsie sensorielle ;

2° Que le crime commis est un effet inéluctable d'hallucinations persécutrices qui le dominaient ;

3° Qu'il était absolument irresponsable du crime qu'il a commis.

IX. — Le 13 mai 1892, vers les dix heures du matin, L... (Joseph), se présentait à la préture de Cagliari et, pénétrant dans le cabinet du préteur, lui demandait qu'il eût à s'occuper d'une plainte qu'il avait déposée au parquet, et insistait pour que ce procès fût jugé le jour même. Le préteur qui savait que L... était sujet à des accès de troubles mentaux lui répondit pour le tranquilliser qu'il serait fait selon son désir, pourvu qu'il présentât sa plainte par écrit. L... est un illettré, mais ne se le fit pas dire deux fois. Il sortit et revint peu de temps après avec un papier sur lequel on lui avait écrit, au sortir de la préture, ce qu'il demandait. On l'adressa à la chancellerie où il était bien connu comme aliéné et

le voyant assez exalté on lui assura que le préteur avait promis de s'occuper de son affaire le jour même. L..., irrité de n'avoir pas obtenu la satisfaction qu'il demandait, en sortant de la préture, s'écria : « C'est bien, on veut m'envoyer de l'un à l'autre, j'attendrai jusqu'à ce soir et alors, si on ne plaide pas, je verrai ce que j'aurai à faire. »

Le soir de ce jour, vers les sept heures et demie, L... armé d'un bâton rencontra le préteur sur la voie publique, le frappa au bas-ventre de deux coups de pointe qui ne produisirent aucune lésion, grâce à la promptitude avec laquelle le magistrat se mit en défense. Puis il s'enfuit. Ce ne fut que lendemain qu'on put l'arrêter dans son domicile, il menaçait de recommencer une fois redevenu libre, jusqu'à ce qu'on lui ait rendu justice.

Dans ses interrogatoires, il dénonça, sans toutefois donner de nom, une somnambule, de pays inconnu, demeurant dans la maison d'un certain Ignace S... et prétendait qu'elle avait été demandée par le préteur pour « lui enjoindre de révéler le nom de la sœur qui par ses enlacements avait causé la mort de deux sœurs et d'un frère du plaignant, à qui elle avait de plus tué deux bœufs et qu'elle martyrisait de mille manières ». Inutile de dire que les renseignements pris par les carabiniers sur cette sœur, furent sans résultat. La maison indiquée était inhabitée et occupée par une tannerie fermée, et que le dommage dont il se plaignait n'existait que dans son esprit ; tous les témoignages s'accordaient à le reconnaître comme ne jouissant pas de son intelligence.

Les interrogatoires qu'il subit deux jours après son arrestation, démontrèrent à l'évidence son incohérence. Après un examen consciencieux de l'inculpé, il fut de toute évidence qu'on se trouvait en présence d'un sujet déséquilibré, prédisposé aux psychopathies par l'hérédité,

imbu de préjugés, dominé par des idées étranges et absurdes datant de l'enfance, sans que le contact de la société et le développement ultérieur de ses facultés aient réussi à le modifier.

Si on considère que chez L..., l'affaiblissement intellectuel fait défaut, que la critique est superficielle en lui, qu'il est sous le coup de l'hérédité et qu'il présente nettement les stigmates de la dégénérescence, on peut affirmer qu'il est atteint de paranoïa primitive, dégénérative, avec délire de persécution. En effet, quand tourmenté par des pertes physiques il en attribue la cause à un persécuteur qui n'existe pas, le paranoïque, de même que l'enfant, ne fait que personnaliser la nature, en extériorisant et rapportant au monde ce qui n'est que le résultat de l'interprétation erronée d'une sensation, d'un trouble profond de sa personnalité psychique.

On a noté au cours de l'examen que L... était, dès l'enfance, craintif et peureux, au point de craindre de s'aventurer seul dans les rues ou d'entrer dans une chambre sombre par peur des fantômes ou des sorciers. Ces idées ridicules qui représentent une perte évidente du patrimoine de tout cerveau malade, loin de disparaître avec les progrès de l'âge et être jugées par le bon sens à leur juste valeur, ont été en augmentant et ont trouvé, grâce à l'hérédité et au milieu, un terrain propice à leur développement.

X. — Le matin du 26 mai 1892, le nommé D. G. S. et Nardi Vinceuzo, partis de Pretagliata, arrivaient de bonne heure à Palerme et, après avoir entendu ensemble la messe à l'église de Saint-Augustin, D. G. S. conduisant Nardi par diverses rues et ils arrivaient à la rue Pergole. Là, à la vue d'un certain Garofalo Francesco, D. G. S. tira deux revolvers et en tenant un dans la main droite, l'autre dans la main gauche, se mit à tirer plusieurs coups qui heureusement ne blessèrent

personne. Gárofalo se réfugia dans le vestibule de la demeure du baron Furanri, et toutes les personnes présentes, terrifiées, s'enfuirent de tous les côtés. Nardi resta stupéfait de l'acte de D. G. S., qui, après avoir tiré ses coups de revolver, l'engagea à le suivre, et tous deux très tranquillement s'éloignèrent, suivis d'une foule de personnes qu'avaient attirée les détonations. Arrivés à la Piazza Casa Professa, voisine de la questure, ils furent arrêtés sans aucune résistance par un délégué et deux gardes de P. S. Il résulte de l'expertise faite par le D^r Santangelo-Spoto :

1° Que D. G. S. est atteint d'une forme mentale connue sous le nom de paranoïa secondaire;

2° Cette maladie date d'une époque bien antérieure à l'acte que D. G. S. a commis;

3° La paranoïa étant une forme ultime de l'aliénation, de nature inguérissable, persiste encore aujourd'hui et affligeait sans aucun doute D. G. S., au moment où il a commis son action;

4° La paranoïa secondaire enlève au malade la pleine connaissance de ses actes et sa liberté d'action, et le rend irresponsable de ses actes;

5° D. G. S. n'est pas responsable de ses actes. D'après ces conclusions l'auteur croit de son devoir d'ajouter que la forme d'aliénation mentale qui afflige D. G. S., n'étant pas susceptible de guérison, et le malade pouvant dans une autre occasion être dominé par des tendances impulsives qui le rendent dangereux, estime qu'il est nécessaire, pour sauvegarder la société, de le renfermer dans un manicomie. Le tribunal, faisant droit à ces conclusions, déclara D. G. S. irresponsable de l'acte qu'il avait commis et ordonna son internement à l'asile.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 JUIN 1893.

Présidence de M. CHRISTIAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

A propos du procès-verbal.

1° *De la mélancolie de la femme produite par la stérilité du mari.*

M. MOREAU (DE TOURS).— Dans la dernière séance, M. A. Voisin nous a rapporté plusieurs faits des plus intéressants de mélancolie chez la femme et reconnaissant pour cause la stérilité du mari. Un traitement approprié ayant fait disparaître la cause, la femme devenait mère et était guérie radicalement.

A l'appui de ces observations, je puis en donner une du même genre, mais que je poursuivrai un peu plus loin en examinant l'état de santé que présentent les enfants conçus dans ces conditions. Je serais très heureux de connaître de M. Voisin ce qu'il a pu remarquer de ce côté dans les faits qu'il a cités.

M^{me} X... s'est mariée à dix-huit ans. Elle était bien conformée et jouissait d'une bonne santé. Son mari avait une belle apparence, mais souffrait de violents rhumatismes et d'attaques de goutte. Après six ans de ménage, il n'y avait pas eu d'enfants. La jeune femme se désolait et répétait sans cesse qu'elle ne s'était pas mariée pour ne pas avoir d'enfants ; elle était devenue triste, morose, ayant perdu presque tout goût pour la toilette, fuyant le monde, etc... Aucun traitement n'avait amené d'amélioration.

Pendant ce temps, le mari, qui souffrait sans cesse de

ses douleurs, se décida enfin à suivre un traitement rigoureux ; après trois saisons d'eaux, son état s'était considérablement amélioré. Après six années de ménage, M^{me} X... devenait enceinte. Aussitôt qu'elle fut certaine de son bonheur, M^{me} X... retrouva sa gaieté, un attrait pour le monde, bref, elle était redevenue ce qu'elle était autrefois.

Il est évident que, dans ce cas, la stérilité chez l'homme avait été la cause de la maladie de sa femme, ainsi que le démontrent les observations citées par M. A. Voisin ; mais l'attention n'ayant point été attirée sur ce point, l'examen du liquide spermatique n'a pas été fait.

Mais il est un autre point intéressant. Que sont devenus les enfants nés de ce mariage ? Oh ! le résultat n'est pas brillant.

Quatre enfants sont survenus à des intervalles réguliers de deux ans environ.

Le premier est un garçon âgé aujourd'hui de seize ans. Il est petit, maigre, souffreteux, lymphatique, mais d'une intelligence remarquable. Bien qu'arrêté à chaque instant dans ses études, il n'en tient pas moins la tête de sa classe. Aucun accident nerveux proprement dit.

Le second, fille morte à dix-huit mois, de méningite.

Le troisième, fille de treize ans et demi. Cette enfant est absolument naine, et présente des accidents de scrofule (carie des os du coude avec fistule ayant persisté un temps assez long) ; santé physique mauvaise ; intelligence très au-dessus de son âge, très vive. Elle présente cependant un fond de tristesse pénible, causé par sa petite taille.

Le quatrième enfin, fille de onze ans, grande, bien faite, intelligente, indemne jusqu'à présent de toute affection.

Faut-il voir dans l'état de santé des premiers enfants un reflet de la santé du père ? Cela ne me semble pas douteux. La dernière fille seule, conçue dans des conditions normales, alors que les parents jouissaient d'une bonne santé, est indemne de toute affection. Maintenant que lui réserve l'avenir ?

Il serait intéressant, il me semble, d'étudier l'état de la descendance chez ces familles qui restent ainsi plu-

sieurs années sans avoir d'enfants et qui, le premier venu, se montrent d'une fécondité remarquable.

M. AUG. VOISIN. — Je connais les enfants nés dans les deux cas que j'ai rapportés dans la dernière séance. Dans l'un, il y a deux enfants qui sont normaux ; dans l'autre, un des enfants est mort de pneumonie, les quatre autres sont bien développés.

2° A propos de l'affaire Valrof, de Nice.

M. AUG. VOISIN. — Messieurs et chers collègues, je pense devoir m'expliquer devant vous, au sujet d'une note parue dans la presse médicale à propos d'un incident qui s'est passé à la Cour d'assises des Alpes maritimes dans l'affaire Valrof, note malveillante à mon endroit, et que je tiens absolument à éclaircir.

Je dois d'abord vous dire que, jamais, il n'est entré dans ma pensée de soutenir comme un principe qu'on pouvait délivrer un certificat d'aliénation mentale à fin d'internement, sans avoir observé directement l'individu supposé aliéné ; jamais je ne l'ai fait, et mon passé est un garant de l'avenir.

J'ai dit, il est vrai, à l'audience de la Cour d'assises, qu'après l'étude des rapports des médecins experts commis pour examiner Valrof et sur le vu de leurs constatations, je signerais son internement, mais j'ai été amené à faire cette déclaration par une question insidieuse que m'a posée le procureur de la République, et par cette circonstance que, venant d'affirmer que je considérais l'accusé comme un malade atteint de troubles nervosementaux dangereux, je ne pouvais pas dire que je ne signerais pas son internement sans détruire, au préjudice de l'accusé, la portée de mon affirmation, sans laisser s'affaiblir, dans l'esprit des jurés, la conviction que je m'étais efforcé jusque-là de leur communiquer.

J'ai d'ailleurs ajouté, dans le cours de ma déposition, que si je n'avais pas fait l'examen direct de Valrof, c'est que les experts avaient refusé de me le laisser voir.

En somme, tout ceci se réduit à un incident d'une audience très mouvementée et passionnée, incident qu'on a démesurément grossi et dénaturé.

Il me sera permis d'ajouter que je regrette d'avoir vu

exploiter, à mes dépens, cet incident d'audience, par ceux-là même que leur expérience professionnelle mettait le mieux à même d'apprécier l'absolue sincérité de mon attitude, et la réponse toute spontanée que j'ai dû faire à la question captieuse qui m'était posée par le procureur de Nice.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre d'excuses de M. Jules Voisin, empêché d'assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Klippel, posant sa candidature au titre de membre titulaire ;

3° Une lettre de M. Larroussinie, posant sa candidature au titre de membre correspondant ;

4° Une lettre de M. Azzurri remerciant de l'analyse de son travail, faite par M. Chaslin dans la dernière séance.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les *Annales de psychiâtrie et d'hypnologie*, n^{os} 5 et 6 ;

2° La *Revue de l'hypnotisme*, n^{os} 11 et 12 ;

3° Le *Bulletin du manicomie privé Fleurent*, n^{os} 1 et 2.

Mort de M. Delasiauve.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Delasiauve, membre fondateur et ancien président de la Société, et donne lecture du discours qu'il a prononcé à ses obsèques. (V. *Annales méd. psych.*, numéro de juillet-août, 1893, p. 160.)

M. J. FALRET donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom des médecins aliénistes des asiles de la Seine. (V. *Ann. méd. psych.*, numéro de juillet-août, p. 158.)

La séance est levée en signe de deuil.

P. SOLLIER.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1893.

Présidence de M. CHRISTIAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend les lettres de MM. Paul Sérieux et Boulinovitch, membres correspondants, sollicitant le titre de membres titulaires.

La correspondance imprimée comprend un volume de M. Jules Voisin, intitulé: *Idiotie. Hérité et dégénérescence mentale.*

Rapport de candidature.

M. MARANDON DE MONTYEL. — Monsieur le D^r Larroussinie qui sollicite, Messieurs, de votre bienveillance, le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique, est un ancien interne par concours des asiles d'aliénés de la Seine, qui remplit en ce moment les fonctions de médecin adjoint à la Maison de santé de notre éminent collègue le D^r Luys. M. Larroussinie se consacre donc à soigner les malheureux qui ont perdu la raison, et je puis certifier qu'il accomplit cette tâche avec autant de dévouement que d'intelligence, puisque à deux reprises j'ai eu la bonne fortune de l'avoir pour collaborateur à Ville-Evrard. Mais notre jeune confrère ne se borne pas à prodiguer ses soins aux malades, il les observe, s'efforce de pénétrer au plus profond de leurs anomalies et consigne les observations qu'il fait, nous en avons la preuve dans les deux intéressants mémoires qu'il vous a envoyés à l'appui de sa candidature. En premier lieu et par ordre d'importance, une étude curieuse et intéressante sur la dissimulation chez les aliénés, sujet qui, pour ma part, a depuis longtemps sollicité mon attention, et que je m'étonne de voir occuper si peu de place dans nos livres classiques, alors

qu'une assez grande est accordée à la simulation dont les conséquences sont bien moins graves. Le simulateur, s'il réussit dans sa ruse, blesse moralement la société en se soustrayant à la peine qu'elle lui destinait, tandis que l'aliéné dissimulateur, dans la même condition de succès, peut compromettre la sécurité d'autrui. La thèse de M. Larroussinie est, si je ne me trompe, la première sur cette grave question, grosse, comme on voit, de conséquences, qui ait été présentée à la Faculté; elle rassemble les divers matériaux épars çà et là dans les journaux scientifiques à titre de faits isolés, et apporte des observations nombreuses consciencieusement recueillies et groupées selon le caractère dangereux ou non des sujets. Tous, Messieurs, nous avons lu ou nous lisons ce travail qui indique chez son auteur de sérieuses qualités d'observateur, et nous fait espérer d'avoir en lui un collaborateur actif et éclairé.

M. Larroussinie a encore relaté tout dernièrement, dans *La Tribune médicale*, un cas de fièvre typhoïde à forme anormale chez une aliénée, cas observé durant son internat à l'asile de Vaucluse, et qui montre une fois encore les étroits rapports qui, parfois, existent entre la dothiéntérie et l'aliénation, en même temps que les graves erreurs auxquelles ils peuvent exposer.

Vous voyez, Messieurs, que M. le Dr Larroussinie est un travailleur et un chercheur; et l'empressement qu'il met d'ailleurs à solliciter vos suffrages indique de sa part une volonté arrêtée d'observer et de produire ce qu'il aura observé; aussi votre commission vous propose-t-elle d'accueillir favorablement la demande qu'il vous a adressée.

Conformément à ces conclusions, M. Larroussinie est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre correspondant.

*Traitement de la céphalée nerveuse par la douche
statique avec le disque à pointes.*

M. AUG. VOISIN. — Un de nos confrères de Lyon, M. Imbert de la Touche, a présenté un mémoire au Congrès tenu à Pau en 1892, dans lequel il raconte qu'il a

traité un certain nombre de malades atteints de migraines et de céphalées par la douche statique.

« Ces phénomènes nerveux, ordinairement sous la dépendance d'une hérédité spéciale (arthritisme, goutte, nervosisme), sont très fréquents et résistent à la plupart des médications. Cette insuffisance thérapeutique lui a suggéré l'idée de soumettre quelques malades à la douche statique et il appelle l'attention de ses confrères sur cette méthode. Sauf de rares exceptions, dit-il, mes malades ont toujours été guéris ou tout au moins soulagés. »

L'occasion s'est présentée à moi de traiter une malade dans les mêmes conditions ; je l'ai fait de la manière suivante, indiquée par M. Imbert.

Le patient est placé sur un tabouret à pieds de verre et mis en communication avec le pôle positif d'une machine statique : il est enveloppé de fluide électrique, d'où le nom de bain électro-statique.

On dispose, à 10 centimètres environ au-dessus du cuir chevelu, une plaque munie de pointes aiguës, d'où se dégagent des effluves, qui environnent complètement la tête.

Le malade perçoit alors une sensation de fraîcheur indéfinissable. Ces effluves constituent une sorte de douche très agréable, qui soulage dans la majorité des cas les céphalées les plus violentes.

L'appareil doucheur est construit en bois.

Voici le fait :

1° Céphalée nerveuse datant de plusieurs mois, guérie en une séance de dix minutes.

2° Action de l'électricité statique sur la sécrétion nasale.

M^{lle} Louise, âgée de dix ans et demi, m'a été amenée une première fois le 24 octobre 1887.

Elle a eu un rhumatisme articulaire aigu à cinq ans.

Chorée, il y a quatre ans, ayant duré six semaines dans la moitié gauche du corps. Persistance de la paresse des membres gauches depuis cette époque.

Retour de la chorée à Pâques en même temps que des vomissements, de la lourdeur du membre supérieur gauche, du trouble de la parole (langue épaisse). J'ai constaté de la chorée dans les membres gauches et du tremblement de la tête qui est portée en avant.

Souffle à la base du cœur, systolique.

La malade était grande pour son âge. Elle suivait la classe, mais elle était la dernière dans toutes les compositions. Elle ne prenait goût à rien. Attention courte. Mémoire très faible. Très émotive. Très impressionnée par les malheurs de sa famille. Elle était arriérée sur les autres enfants en toute chose. Parole nette. Céphalalgie lourde.

Le traitement a consisté à cette époque en ventouses sèches le long de la colonne vertébrale et en bromure de sodium (3 grammes par jour), oxyde de zinc (0 gr. 02 par jour).

Je la revis le 12 décembre 1887. Elle avait eu une céphalalgie très grande pendant quatre jours (du 5 au 9) avec battements dans le côté droit de la tête. Sensation ébrieuse; trouble de la vue et frissons. Cessation de la chorée.

Bromure de sodium, 4 grammes.

Oxyde de zinc, 0 gr. 03.

18 janvier 1888. Céphalalgie dans la région temporale droite.

Antipyrine, 1 gramme par jour.

Bromure de sodium, 4 gr. 25 par jour.

Ventouses sèches le long de la colonne vertébrale.

La malade m'est ramenée cinq ans après, le 23 janvier 1893. Elle va bien de sa chorée. Elle a beaucoup grandi et ressent par moments une douleur bregmatique en forme de V avec fatigue des yeux durant plusieurs heures, et commençant le matin.

Aucun stigmate d'hystérie.

Pas d'anémie. Membres forts.

Salicylate de soude, 1 gr. 50 par jour.

Je la revois au mois de mars, la céphalalgie est continue, de plus elle a des accès de fièvre le matin à six heures pendant deux heures. A vomé un jour.

Analgsine, 1 gramme le matin.

Sulfate de quinine, 1 gramme le soir à dix heures.

Douches en jet.

27 avril 1893. A toujours la même céphalalgie continue avec sensation de boule dans la tête. Bourdonnements d'oreille. Elle mouche du sang. Pas de règles depuis quatre mois; le sang menstruel ne vient que quelques heures.

8 juin. Même état. Accès de fièvre le 3 juin. Menstruation très courte. Pas de céphalalgie pendant sa durée.

Aucun effet par la douche.

Aconitine, 0 gr. 001 par jour.

Le 9 juin. Quatre sangsues à l'anus.

Ce traitement n'ayant donné aucun résultat quant à la céphalée, je la soumetts au traitement par l'électricité statique et en particulier aux douches avec le disque à pointes.

Dès après la première séance, cessation de la douleur de tête, qui n'est plus revenue, et retour de la sécrétion nasale, qui était supprimée depuis le début de la céphalalgie. La première sécrétion a très mauvaise odeur.

20 juillet. Les résultats obtenus se maintiennent.

Une séance de douche statique par semaine.

En résumé, la céphalée dont était atteinte cette malade depuis six mois, et qui avait résisté aux traitements usités dans ces cas, a disparu en une séance de dix minutes de douche statique.

Et ce traitement, par une action que je crois admissible sur le système vaso-moteur, a fait réapparaître la sécrétion nasale suspendue depuis le début de la céphalée.

La séance est levée à cinq heures.

René SEMELAIGNE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Journal of mental science.

ANNÉE 1890.

I. — *Autopsies de cerveau*; par le Dr St Joseph Bullen (numéro de janvier). — Un travail de cette importance voudrait être traduit dans son entier. Une analyse, si étendue qu'elle soit, ne pourra donner qu'une faible idée de cette laborieuse compilation, dont chaque ligne est un document. Il ne s'agit de rien moins, en effet, que de 1,565 autopsies faites à l'asile de Wakefield dans une période de onze ans et sur lesquelles M. St John Bullen fournit des notes où la statistique occupe le premier rang. Son mémoire lui-même est un résumé qui offre peu de prise à l'analyse succincte que nous impose notre cadre étroit. Nous allons néanmoins essayer d'en faire profiter le lecteur.

Le travail de M. Bullen se divise en plusieurs chapitres correspondant aux divers organes ou départements explorés par le scalpel.

Les os y sont d'abord étudiés. La déformation la plus commune du crâne est l'asymétrie. Les anomalies spéciales ont donné lieu aux remarques suivantes : Les formes obtuse, carrée ou ronde du crâne, s'observent principalement dans la manie ; à la paralysie générale et à l'épilepsie appartient de préférence la forme allongée. Un front large se voit souvent chez les mélancoliques. Les épileptiques présentent fréquemment un développement incomplet du front. L'asymétrie a été constatée dans une proportion de 20 p. 100 sur la totalité des cas. Parmi les malades qui offrent cette anomalie, les mélancoliques chroniques occupent le premier rang, les épileptiques et les paralysés généraux ne viennent qu'après. Elle se montre sous trois formes :

1° Saillies isolées, indépendantes, de diverses régions. Elles

se voient surtout à gauche, et ce sont les régions temporo-pariétale et pariéto-occipitale qui en sont le siège.

2° Développement en masse de tout un côté. Il affecte habituellement le côté droit. Il n'y a pas toujours une relation rigoureuse entre l'acrobaissement unilatéral des os et le poids du cerveau du même côté.

3° Augmentation d'épaisseur des os. Elle existe surtout chez les épileptiques. Après eux viennent, avec une épaisseur toujours moindre, les maniaques, les mélancoliques, les paralysés généraux et les déments. Le crâne diaphane des aliénés chroniques se rencontre parfois chez les imbéciles.

Membranes. — L'adhérence de la dure-mère au crâne a été vue chez 16.6 p. 100 des sujets. Son siège est habituellement la région frontale et on l'a observée surtout chez les déments. La genèse de cette lésion est obscure. Ce n'est pas l'hypertrophie osseuse qui la cause, puisqu'elle est rare dans l'épilepsie et la paralysie générale. On ne saurait invoquer pour un motif semblable l'augmentation de densité ni l'hyperémie.

Les altérations de texture de la pia-arachnoïde forment une proportion considérable parmi les altérations nécropsiques observées. La pie-mère a perdu son aspect normal (vascularisation, épaississement, œdème) dans 68.8 p. 100 du nombre total des cas. Ces lésions sont donc presque banales. La paralysie générale figure au premier rang parmi les affections où on les trouve (76 p. 100). Puis viennent la manie chronique, la mélancolie et la démence. A la paralysie générale appartient encore le pourcentage le plus fort pour l'opacité de l'arachnoïde (73.7 p. 100) et pour les adhérences méningo-encéphaliques (61 p. 100). L'auteur a inscrit sur des diagrammes les localisations de ces adhérences. 666 cas ont été notés, sur lesquels 260 sont attribués aux lobes frontaux. Les circonvolutions de ces lobes sont affectées dans l'ordre suivant : première frontale, frontale ascendante, seconde frontale, frontale inférieure. Le lobe pariétal, y compris la pariétale ascendante, a offert des adhérences chez 134 sujets. Les deux hémisphères sont conjointement affectés dans 39 p. 100 des cas. Lorsque les lésions sont unilatérales, elles occupent le plus fréquemment le lobule pariétal supérieur gauche. La prédominance des lésions à gauche s'observe encore aux régions temporo-sphénoïdale et occipitale.

Ce paragraphe comprend les hémorragies de la dure-mère. Le livre d'autopsies en rapporte 120 observations, depuis la

simple extravasation jusqu'au kyste hémattique. Il y a 46 cas d'hématome proprement dit. Au point de vue de la fréquence les diverses affections se présentent dans l'ordre suivant : paralysie générale (49 cas dont 23 hématomcs); démence (37 cas dont 12 hématomcs); manie chronique; démence épileptique; imbecillité; manie aiguë. Le poids des cerveaux a varié généralement entre 1,100 et 1,200 grammes chez les sujets porteurs d'hémorragies méningées.

L'hémorragie de la dure-mère se produit surtout entre 40 et 45 ans (paralysie générale); on l'observe ensuite entre 55 et 60, 60 et 70 ans (manie chronique et démence). Les lésions de destruction, le ramollissement, la dilatation ventriculaire, l'athérome sont les conditions pathologiques qui coïncident avec l'hémorragie méningée.

Cerveau. — 166 ramollissements cérébraux ont été notés, les masses ganglionnaires n'étant pas comprises dans cette évaluation. L'altération morbide a été, dans 75.5 p. 100 des cas, le résultat bien avéré d'embolies ou d'hémorragies. Le nombre des foyers distincts est de 398, localisés surtout à l'hémisphère gauche. Les circonvolutions le plus souvent atteintes sont la marginale, l'insula, l'hippocampe, la fusiforme, la linguale, le lobe du corps calleux, l'opercule. Le centre ovale est représenté par le pourcentage 9 p. 100. L'état des vaisseaux est quelquefois l'objet d'une mention. Les artères sylviennes et leurs branches pariéto-sphénoïdales sont le plus habituellement altérées.

La démence est la condition mentale qui favorise le plus le ramollissement (55 p. 100) et l'athérome y est la lésion morbide la plus commune (82 p. 100). Il faut citer ensuite la manie chronique, la mélancolie et l'épilepsie.

Les ganglions de la base, les capsules et l'avant-mur ont été mentionnés 166 fois, juste autant de fois que le reste du cerveau. On y trouve les divers degrés du foyer hémorragique et du ramollissement consécutif. Les corps striés, également affectés des deux côtés, ont le pourcentage de 40 p. 100. Les couches optiques avec fréquence plus grande des lésions à gauche ont celui de 23 p. 100. Pour les autres régions, on a inscrit les pourcentages suivants : noyau lenticulaire, 20; avant-mur, 3.8; capsule externe, 5.3; capsule interne, 6.8. Comme pour les parties extérieures du cerveau, nous trouvons ici une prédominance en faveur de l'hémisphère gauche. Dans la couche optique, le pulvinar est la partie la plus ordinairement atteinte.

L'atrophie cérébrale est notée 1,055 fois. Chez 260 sujets existent des aires de destruction combinées avec l'atrophie générale. Dans 481 cas, la lésion destructive est limitée. La région fronto-pariétale est la plus éprouvée. L'amincissement atrophique de l'écorce est noté chez 36.5 p. 100 des sujets, la plupart paralysés généraux. L'athérome des vaisseaux de la base est représenté par un chiffre important dans cette statistique (410). Par ordre de fréquence, les vaisseaux qui en sont le siège sont : la cérébrale moyenne, la basilaire, la cérébrale postérieure, la carotide. Les artères de l'hexagone offrent de nombreuses anomalies. La dilatation des ventricules ne paraît avoir aucun rapport avec les lésions destructives du cerveau. Elle se voit principalement dans les formes maniaques, beaucoup plus rarement dans la mélancolie. L'épendyme granuleux paraît appartenir à toutes les variétés de folie; toutefois il existe surtout dans la paralysie générale (31 p. 100 des cas).

Cervelet. — Il est pâle ou hyperémié; il présente des extravasations sanguines, du ramollissement, de la sclérose. L'hémorragie se produit surtout à droite; l'inverse a lieu pour le ramollissement. Sur deux cadavres, la destruction scléreuse était accompagnée de la désorganisation du corps olivaire du côté opposé.

Les dernières pages de ce travail, dont ce compte rendu ne peut donner qu'une idée bien incomplète, sont consacrées à quelques altérations nécropsiques de moindre importance. L'auteur a cherché en outre, dans un effort de synthèse, à fixer l'anatomie pathologique de quelques espèces mentales.

II. — *La mélancolie au point de vue physiologique et évolutif*; par George Robertson (numéro de janvier). — La maladie est une modification apportée aux conditions de structure et de fonction qui constituent l'état de santé. En ce qui touche la fonction elle est diminuée, abolie ou pervertie. La maladie n'apporte donc pas un élément nouveau dans l'être vivant. Tel est le principe sur lequel s'appuie M. Robertson pour établir que la plupart des symptômes de la mélancolie morbide doivent se retrouver chez l'homme sain. Chez ce dernier, la dépression mentale, une émotion pénible se décomposent dans les éléments suivants :

La conscience de sa tristesse;

Les idées qui s'harmonisent avec elle;

L'action que ce sentiment exerce sur les organes et spécialement sur le système musculaire.

C'est au trouble musculaire que s'arrête l'auteur de ce travail. Il insiste sur son importance en remarquant que, chez l'homme sain, il n'est pas toujours le résultat de l'émotion. Il peut être même la cause matérielle, le support de la dépression mentale, comme le démontrent les observations faites sur les hypnotisés.

Si l'on considère ce phénomène dans l'état de maladie, on le trouve soumis aux vicissitudes suivantes dans les diverses formes de mélancolie :

1° La mélancolie passive est caractérisée par l'absence complète du ton musculaire.

2° La mélancolie active se remarque à l'augmentation, à l'excitation de la tension des muscles.

3° Dans la mélancolie avec stupeur, les muscles cessent de répondre aux stimulants.

L'étude parallèle de ces trois formes, dans l'état morbide, est fructueuse et instructive. Chacune des variétés de mélancolie va trouver, en effet, son analogue chez l'homme en santé.

Quelle est l'attitude d'un homme qui est sous le coup d'un événement triste, la perte d'une personne aimée, par exemple?

On le voit inerte, affaibli, sans énergie. Le relâchement de ses muscles est manifeste : les paupières, les commissures des lèvres tombent, la tête repose sur la poitrine, le dos est courbé, les mains pendantes. La respiration est ralentie, la voix est monotone et s'entend à peine.

Toute sensation est pénible à cet homme, les fonctions organiques s'accomplissent laborieusement. Il ne dort pas et se nourrit mal. Indifférent à tout, il oublie les soins les plus vulgaires de propreté et d'hygiène, il se refuse à penser et reste muet quand on lui parle. Enfin, il se rend misérable et désire la mort.

Ce qu'on vient de lire n'est-il pas la description de la mélancolie simple des auteurs? De fait, il serait difficile de distinguer les deux cas, la dépression normale et morbide. Un caractère permet d'établir le diagnostic : le Rubicon de la folie est franchi, dit M. Robertson, lorsque le jugement ou l'élément idéationnel de l'émotion se trouve impliqué dans le désordre mental.

Alors est déclarée la mélancolie passive. Si le trouble psychique admet des conceptions délirantes, on aura la mélancolie délusionnelle et, suivant la tournure de ces conceptions, la mélancolie hypocondriaque, viscérale, suicide, etc.

Les allures de la mélancolie active se voient encore chez l'homme en santé, dans certaines conditions morales.

Une personne agitée par une forte angoisse, reproduit exactement, en effet, le syndrome morbide. On voit chez elle un besoin irrésistible de mouvement. Ses traits contractés, elle serre les poings, répète à satiété la même phrase. Cette élévation du ton musculaire est frappante chez les enfants effrayés.

M. Robertson reconnaît deux formes de mélancolie active. Dans la première, le désordre porte surtout sur les idées et il y a lieu alors de distinguer les mêmes catégories, qui ont été indiquées plus haut pour la mélancolie passive. Dans la seconde, c'est l'agitation motrice qui domine, l'expression musculaire de l'émotion est puissante et incontrôlable. La résistance, les gestes violents, les confusions de la conduite, reproduisent les phénomènes intensifs de la terreur surnaturelle.

La mélancolie avec stupeur se présente sous trois aspects distincts :

1° Elle est passive, le sujet n'ayant aucune tendance à garder les positions qu'on lui fait prendre ;

2° Elle est réactionnelle, le sujet opposant une résistance passive, plus ou moins énergique, aux efforts qu'on tente pour le déplacer ;

3° Elle est cataleptique, le sujet garde les attitudes et les positions qu'on lui imprime.

Ces différentes modalités musculaires, l'auteur les retrouve chez l'homme en santé. A la forme passive, correspond l'état émotionnel qu'on a dénommé frayer paralysante. La forme réactionnelle a son analogie dans le trouble mental, produit par un effarement soudain. Enfin, la mélancolie cataleptique se rapproche de l'immobilisation que déterminent chez l'homme certaines émotions intenses et inattendues.

La forme cataleptique, au point de vue du trouble musculaire, est intermédiaire aux deux autres.

Nous ne pouvons qu'indiquer le dernier paragraphe de ce curieux travail, où l'auteur étudie les mêmes phénomènes dans les races disparues et dans la série animale.

III. — *Cas de méningite chronique* ; par M. J.-W. Plaxton (numéro de janvier). — C'est l'histoire d'un homme de quarante ans qui a été traité à plusieurs reprises pour des accès récurrents de manie. Les accès sont remarquables par l'agitation désordonnée, les tendances agressives et arrogantes. Lors de sa dernière admission, le malade était porteur de nombreuses contu-

sions et l'une d'elles occupait la région frontale gauche. Il a vécu à l'asile deux ans environ, pendant lesquels il offrait l'aspect d'un dément épileptique. Six mois avant de mourir, il a perdu graduellement l'usage de ses membres inférieurs, et il a eu une attaque d'épilepsie. D'autres accès convulsifs, se reproduisant par séries, ont marqué la fin de sa vie.

L'autopsie a fait découvrir des lésions méningitiques anciennes : adhérences, épaississement des membranes dans les régions frontale gauche et occipitale droite. En outre, le lobe frontal gauche présentait dans sa structure une transformation sclérotique qui s'étendait jusqu'à la corne antérieure du ventricule gauche. Sous les méninges altérées, le cervelet offrait des altérations graves : l'absence des cellules de Purkinje, la condensation de l'écorce et l'oblitération du feuillet granuleux. Notre confrère pense que la lésion du lobe frontal, résultat d'un traumatisme initial, est le point de départ d'une méningite qui s'est étendue aux régions frontale et occipitale. Il voudrait que le nom de pachyméningite fût réservé aux cas cliniques comme celui qu'il présente. Selon lui, les hématomes de la dure-mère constituent un phénomène pathologique distinct de la pachyméningite et devraient en être nettement séparés.

IV. — *Cas de folie associée à la chorée à une époque avancée de la vie* ; par le D^r N.-M. Macfarlane (numéro de janvier). — La malade est âgée de soixante-quatre ans. Pensionnaire d'un poorhouse, elle est aliénée depuis deux mois, et la chorée a suivi de deux semaines l'invasion de la folie. Celle-ci se présente sous la forme du délire soupçonneux avec irritabilité du caractère et hallucinations de la vue. La chorée s'étend aux muscles de la face, aux lèvres et à la langue, elle occupe en outre le cou, les bras et la partie supérieure du tronc. Les extrémités inférieures sont indemnes, à part une légère parésie de la jambe droite. Vers la fin, cette femme a eu une attaque de paralysie du côté droit. Elle a succombé à une congestion pulmonaire. Les lésions nécropsiques sont intéressantes. La dure-mère est adhérente au sinus longitudinal qui contient un caillot dur de deux pouces de long. Cette membrane est épaissie et congestionnée, à son ouverture s'échappent quatre onces environ de sérosité. L'arachnoïde et la pie-mère sont le siège d'une congestion intense. Cette dernière est adhérente au cerveau en un ou deux points, près du vertex, mais principalement à la base et au niveau du plancher du quatrième ventricule. Même lésion au cervelet où l'épaississement est plus marqué que partout

ailleurs. Tous les vaisseaux de l'encéphale sont athéromateux, les ventricules sont largement distendus. Leur paroi est recouverte d'un feuillet d'aspect colloïde. Les plexus choroïdes contiennent deux kystes de la grosseur d'une aveline. Le sommet du poumon gauche contient des nodules calcaires. Les valvules sigmoïdes et l'aorte descendante sont recouvertes de dépôts de même nature. Enfin, la rate est le siège d'infarctus hémorragiques.

V. — *Les désordres psychiques de la névrite périphérique*; par le Dr James Ross (numéro d'avril). — Les névrites périphériques sont pour la plupart — en réservant quelques cas que la science n'a pu encore bien déterminer — le résultat d'intoxications. Les poisons qui leur donnent naissance sont nombreux : poisons animaux (diphthérie, septicémie, fièvres, syphilis, tubercules); poisons végétaux (morphine); stimulants diffusibles (alcools, produits carbonés); poisons endogènes (rhumatisme, goutte, diabète); métalliques (plomb, phosphore, arsenic, mercure). Les névrites multiples compliquent aussi certaines maladies générales telles que le cancer, les maladies générales (maladie de Basedow, la chorée, la chlorose, l'hémoglobinurie, l'anémie pernicieuse). Enfin, elle a été parfois le résultat d'un choc nerveux.

Quelle que soit leur cause, ces affections spéciales des nerfs s'accompagnent de troubles psychiques. On peut les étudier de préférence chez les alcooliques et les morphiniques. C'est chez les premiers que M. James Ross a puisé les principaux éléments de ce travail.

Il assigne à ces désordres mentaux quatre périodes : 1° une période prémonitoire marquée par l'exaltation des sens spéciaux et de l'imagination; 2° une phase de dépression ou de mélancolie; 3° un état de transition de nature maniaque ou dépressive, compliqué parfois de convulsions; 4° la démence.

Au début, le malade est excité et souffre d'hallucinations vagues et fugitives, s'il ferme les yeux il voit passer devant lui des nuages qui s'évanouissent. Son esprit peut corriger les erreurs de ses sens. Il concentre son énergie intellectuelle vers les sujets qui sollicitent sa passion et ses goûts intimes. Cet exclusivisme le porte à négliger les devoirs ordinaires de la vie. Indifférent à ce qui ne touche pas à ses aspirations personnelles, il demeure froid devant les plus grandes calamités, comme la mort de son père, par exemple. Par contre, il s'émue du moindre incident qui vient à l'encontre de ses projets, et le

plus léger succès, touchant les rêves qu'il a caressés, le jette dans une exaltation dangereuse.

La mélancolie des alcooliques s'accompagne d'insomnie. Le premier signe de dérangement mental est la peur de ne pas dormir et, alors, le sommeil n'est obtenu que par l'ingestion d'une petite quantité d'alcool. Les insomnies nocturnes sont peuplées d'images tristes qui se rapportent d'ordinaire aux événements dramatiques de l'existence. C'est en vain que le médecin supplie le malheureux patient de s'abstenir de l'alcool qui le soulage ; ce dernier persiste dans sa pratique funeste qui le pousse à un accès de délire aigu, à un état d'excitation nécessitant la contrainte, ou vers une démenée prématurée.

L'alcoolique s'isole de ses semblables ; il devient incapable de remplir ses devoirs sociaux sans recourir au stimulant qui le tue. Il devient irritable, soupçonneux, porté au mensonge. Il a des étourdissements, une démarche incertaine, et présente une lésion remarquable du sens musculaire qui lui ôte l'appréhension nette de l'espace. Dans cette période, le malade accuse des remords délirants ; la moindre faute prend à ses yeux les proportions d'un grand crime. Il s'effraie de se sentir porté au mal. On observe chez lui des tendances érotiques, homicides, suicides... La troisième période, période maniaque, est celle qui est la mieux connue cliniquement. Tous les médecins sont familiers avec ces hallucinations intenses, souvent terribles, que le moi est désormais impuissant à corriger. Ce sont des tableaux de massacres, des drames de prison, des visions d'animaux étranges. En dépit de leur caractère factice, le malade reste convaincu de la réalité de ces phénomènes hallucinatoires et des faits délirants qu'ils présentent. M. Ross a observé des troubles sensoriels semblables, chez des individus empoisonnés par le naphte et par le plomb.

L'hallucination de l'ouïe est toujours pénible. Le malade entend des blasphèmes, des injures, des menaces, parfois des voix mystiques ou démoniaques. Il accuse enfin des troubles multiples de la sensibilité, fruits évidents de la névrite. Il se dit électrisé, couvert de vermine. Il a des illusions du goût et de l'odorat qui font naître chez lui le délire du poison.

La phase terminale de la folie alcoolique et des folies similaires de nature toxique, correspond à la démenée. Elle fait suite à un accès de manie, à une attaque d'épilepsie. Elle peut, comme chez les femmes, avoir un début insidieux sans accès vésanique aigu préalable.

Cette démençe offre un cachet caractéristique. Le malade s'exprime avec calme, et paraît jouir de sa raison; mais il dit, avec une lucidité apparente, des choses dépourvues de sens. Son esprit est une page blanche, où sont effacés les dates et les événements de sa vie; si on l'interroge, ses réponses sont fantaisistes et s'appuient sur des faits imaginaires.

VI. — *Description des nouveaux pavillons annexés à l'asile de James Murray, Perth*; par le D^r Urquhart, directeur et Neiton, architecte (numéro d'avril). — La nouvelle infirmerie, qui est née de la collaboration d'un aliéniste et d'un architecte, est un hôpital modèle. Non seulement elle est pourvue de tous les perfectionnements du confort moderne, mais les applications de l'hygiène y sont ménagées avec un soin rigoureux. C'est ainsi que le cubage des salles y est déterminé exactement, la composition de l'air dans les divers locaux est l'objet de mensurations délicates et fréquentes. Les microbes même sont dosés journellement d'après la méthode de Roche, à l'aide de plaques de peptone sclérosée. Un plan est joint au mémoire de MM. Urquhart et Neiton.

VII. — *La bouche chez les enfants arriérés du type mongolien*; par le D^r Robert Jones (numéro d'avril). — Le type mongolien ou kalmouck forme un groupe bien défini parmi les imbéciles. Il y représente une proportion de 4 à 5 p. 100. M. R. Jones en donne une bonne description.

Ces dégénérés sont petits, leur taille ne dépasse pas cinq pieds chez les hommes, cinquante-cinq pouces chez les femmes. Les formes sont ramassées, la peau est claire ou très brune. La tête est petite et ronde, les diamètres antéro-postérieurs et transversaux étant de longueur sensiblement égale. Les cheveux, jamais bouclés, sont droits, secs et minces, ils manquent parfois ou sont dépourvus de pigment. Le visage est rond, le nez épais et retroussé est aplati à la racine. Les sourcils et les paupières sont dirigés en dehors et en haut, comme chez les Chinois et les Tartares. L'espace interoculaire paraît plus long qu'à l'état normal, par suite du creusement de la racine du nez.

Les traits sont grossiers, la peau est rude. La langue offre de profonds sillons transversaux. Les mains et les pieds sont épais et courts et ce caractère coïncide avec la souplesse des articulations, l'attitude favorite de ces individus étant la position accroupie, les jambes croisées à la mode chinoise.

Leurs attributs mentaux sont bien distincts. Ils sont froids,

réservés, peu communicatifs, inaccessibles à l'enthousiasme, quand ils se sentent observés, enjoués et originaux lorsqu'ils se croient à l'abri de la surveillance.

Ils ont le don d'imitation et s'intéressent à la musique et à la couleur. Ils sont susceptibles d'éducation, de perfectionnement et se rendent volontiers utiles si cela leur plaît. La myopie est fréquente chez eux. L'articulation des mots est très atteinte chez les imbéciles, ils émettent difficilement les consonnes sibilantes. Ils vivent peu longtemps, quoiqu'ils soient rarement épileptiques. Cette forme de dégénérescence se trouve le plus fréquemment chez des enfants de familles nombreuses ou issus de parents d'âges très différents.

L'auteur aborde ensuite l'objet principal de son mémoire, les particularités de la bouche chez les arriérés du type kalmouk. Ils n'offrent pas un vrai prognathisme, mais les incisives inférieures ne rejoignent pas exactement les supérieures qu'elles dépassent légèrement. Les dents molaires ont une direction normale. La mâchoire inférieure se distingue par une accumulation de tartre résultant de la sécrétion excessive de salive. Enfin, l'implantation des dents, aux deux mâchoires, est irrégulière.

La saillie des incisives inférieures peut être attribuée à un raccourcissement de la ligne alvéolaire des maxillaires supérieurs (hérédité); mais il peut y avoir un vice de développement des maxillaires inférieurs consistant dans une obliquité exagérée de ses branches. Le maxillaire supérieur présente fréquemment un retrait du bord alvéolaire qui donne lieu à la déformation de la voûte palatine. Le palais en V est une anomalie commune. Les deux côtés du maxillaire peuvent être impliqués, les dents occupant deux lignes convergentes qui forment un angle extérieur et surmontées par le palais en voûte. Cette forme anormale du maxillaire résulte d'un travail pathologique antérieur à la naissance.

VIII.— *Traitement de l'aliénation mentale par l'hypnotisme*; par les D^{rs} Perey Smith et Myers (numéro d'avril). — Travail très documenté dans lequel les auteurs ont cherché à déterminer à l'aide de faits bien établis, la valeur thérapeutique de l'hypnose chez les aliénés. On y trouve résumées les observations des D^{rs} Auguste Voisin (18), Jules Voisin (1), Dufour, de Grenoble (3); Burckhardt, de Prefargier (6); Forel, de Zurich (33). L'impression produite par cette enquête est favorable et l'on reconnaît que le malade s'est bien trouvé, en général, du traite-

ment lorsqu'il a été applicable, c'est-à-dire quand le malade a pu être hypnotisé. Nos confrères font suivre cette première partie de vingt et une observations personnelles. Ils ont été moins heureux que leurs devanciers, et leur expérience n'est pas faite pour engager les médecins dans la voie des pratiques hypnotiques. Tous leurs sujets étaient des femmes. Quatre seulement ont retiré quelque profit de ces manœuvres. Trois d'entre elles se distinguaient par la forme stupide, le refus d'aliments, et la suggestion a pu les améliorer indirectement. Deux autres ont été hypnotisées avec succès, mais sans résultat curatif.

IX. — *Histologie morbide d'un cas d'idiotie épileptique avec syphilis*; par le Dr S. John Bullen (numéro d'avril). — Le sujet de cette observation est un idiot épileptique de la catégorie la plus inférieure, affecté d'atrophie avec contracture des membres à droite, et présentant des lésions osseuses du crâne localisées à la région frontale gauche et au vertex. Il est mort à l'âge de seize ans. Le compte rendu d'autopsie relate, avec un grand luxe de détails, les altérations du crâne, des circonvolutions, des zones antérieure et motrice, de la corne d'Ammon, des ganglions de la base, etc. Nous en retiendrons seulement une lésion peu connue, signalée en Angleterre par les Drs Bewan, Lewis et Whitwell : les lacunes ultra-cellulaires. Dans l'observation actuelle, elles ont été vues dans la zone motrice et elles abondaient surtout dans les cellules pyriformes du troisième feuillet de l'écorce, occupant également le protoplasma et les noyaux. Quelques corps cellulaires avaient perdu leur noyau et présentaient la forme annulaire. Au début de l'altération, le noyau paraît entouré par places, puis il se réduit à un mince contour et finit par disparaître. D'autres cellules avaient conservé leur partie centrale, un vide s'était fait autour de la périphérie, traversé par des filaments qui paraissaient tenir le noyau en suspension comme une pierre sertie dans un chaton.

X. — *Tumeur cérébrale occupant les lobes frontaux*; par les Drs Griffith et Steele Sheldon (numéro d'avril). — La malade, âgée de vingt-trois ans, est infirmière à l'asile de Parkside. Les antécédents personnels sont négatifs; mais la phthisie et le rhumatisme ont affecté plusieurs membres de sa famille. Au début, elle a souffert de douleurs névralgiques siégeant à gauche, compliquées de céphalalgie occipitale, de nausées et de vomissements. Dès cette époque, la vision et l'audition étaient obtuses, surtout le matin. Puis est apparu

un strabisme convergent de l'œil gauche. On a constaté alors l'existence d'une névrite optique double. La vision était encore conservée, l'olfaction était perdue du côté droit. Le goût et l'ouïe étaient indemnes. Elle est admise à l'hôpital huit jours après son entrée, elle a une attaque avec cris, compliquée de perte de connaissance et suivie d'hémiplégie gauche. Une amélioration temporaire s'est montrée après cette attaque. Un peu plus tard, l'état de la malade se résume comme il suit : La vue s'est perdue graduellement, les fonctions de l'œil gauche ayant disparu les premières. Puis la malade a eu des vomissements répétés avec vertiges, des douleurs dans les épaules, les genoux et les chevilles, les réflexes rotuliens ont été abolis. En dernier lieu, la vue, l'ouïe, l'odorat et le goût étaient perdus. On a pu noter cette singularité de la perte du goût coïncidant avec la conservation de l'appétit. L'articulation des mots était difficile et l'état vertigineux rendait impossible la station verticale. La période ultime a été marquée par des convulsions unilatérales et la malade s'est éteinte dans le coma.

A l'autopsie, on a découvert sous les lobes frontaux une tumeur volumineuse adhérente au cerveau et reposant sur les deux fosses frontales. Elle était divisée par une expansion de l'apophyse cristagalli en deux segments figurant deux hémisphères. Vue par sa face, cette tumeur ressemblait grossièrement à un cervelet antérieur. Elle était de la nature des sarcomes et exerçait une compression directe sur les nerfs olfactifs et optiques.

XI. — *Cas de névrite périphérique (alcoolique)*. Observation prise dans le service du D^r Mac Dowall par le D^r Clarke Fenwick (numéro d'avril). — Le fait le plus important de cette observation est, à coup sûr, l'amélioration obtenue chez une malade dont l'état était misérable. Ce résultat heureux paraît devoir être attribué à l'abstention absolue de l'alcool, combinée avec une hygiène rigoureuse. La malade, âgée de quarante-deux ans, est une héréditaire. Son père a été choréique dans sa jeunesse. Son fils, âgé de quinze ans, est lui-même atteint de chorée. Elle a un frère idiot, et une cousine du côté maternel, sourde-muette.

L'affection nerveuse, longuement étudiée dans ce travail, est caractérisée par un syndrome bien complet : marche lente, douleurs rhumatoïdes, fatigue musculaire, hyperesthésie de la plante des pieds, sensation de piqure dans les muscles, symétrie des phénomènes, abolition des réflexes superficiels, atrophie et

paralysie des fléchisseurs produisant la chute de la cheville, perte de l'irritabilité faradique.

Au point de vue mental, on a noté : le caractère soupçonneux, dissimulé, la perte de mémoire, le désir immodéré d'absorber de l'alcool; des troubles sensoriels caractéristiques : la malade croyait qu'une machine électrique lui donnait des chocs dans les membres. Le traitement a produit un retour lentement progressif du pouvoir musculaire et une augmentation de volume incontestable des muscles atrophiés. Au moment de la sortie, les conceptions délirantes avaient disparu.

XII. — *Propagation de la folie et des névroses voisines*; par le Dr Strahan (numéro de juillet). — Notre confrère prétend étouffer dans l'œuf la diathèse vésanique et demande à la loi d'arrêter la propagation de la folie par le mariage. Il montre des chiffres alarmants. Le nombre des aliénés en Angleterre n'est pas inférieur à 100,000. Les statisticiens donnent de ce fait une interprétation rassurante et prétendent que les cas de folie n'augmentent pas sensiblement. Tel n'est pas l'avis de M. Strahan, dont les objections ont une portée incontestable. Il remarque en premier lieu la fréquence du suicide chez les enfants, autrefois inconnu. Il le considère comme un acte impulsif, manifestation évidente de la folie héréditaire. En outre, le nombre des suicides d'adultes s'est considérablement accru. Depuis 1864, l'augmentation est de 33 p. 100. Enfin, les décès occasionnés par les maladies du système nerveux, qui s'élevaient en 1864 à 33,429, sont représentés en 1888 par le nombre de 49,985. La population est envahie par la névrose héréditaire, et il n'est que temps d'appliquer les mesures rigoureuses qu'ont déjà préconisées d'autres savants. M. Hyslop veut empêcher légalement les individus tarés de faire souche.

Les auteurs de diathèse vésanique peuvent se diviser en trois catégories :

1° Les propagateurs involontaires qui consomment sans le savoir un mariage suspect. Ils sont ordinairement les dupes de manœuvres déloyales ;

2° Les criminels qui contractent sciemment une union avec un conjoint taré, pour des motifs égoïstes ou sordides ;

3° Les naturels ; c'est le groupe des vésaniques, des épileptiques, des buveurs qui transmettent à leur lignée le vice héréditaire. Ce groupe forme l'élément le plus important dans la transmission de la folie.

M. Strahan est pour les moyens radicaux. Les mariés par

ignorance devront pouvoir divorcer; la loi leur doit cette satisfaction. Le second groupe de propagateurs offre peu de prise à l'action légale; pour eux, il faudra compter sur l'éducation pour les convaincre des dangers d'une union vicieuse. Quant à ceux de la troisième catégorie, il ne faut pas hésiter à leur refuser le droit de contracter mariage. La formule est la suivante : Seront privés de se marier : 1° tout individu ayant des antécédents héréditaires et ayant eu un accès d'aliénation mentale; 2° tout individu qui, sans avoir des aliénés dans sa famille, a eu deux accès de folie; 3° tous les épileptiques et buveurs avérés.

XIII.— *La manie comprend-elle deux variétés distinctes de trouble mental, et convient-il de subdiviser cette espèce morbide?* par G. Robertson (n° de juillet). — La classification d'Esquirol qui est encore en usage aujourd'hui est loin de donner au point de vue clinique une entière satisfaction. Les mots manie et mélancolie n'ont plus à notre époque la même acception qu'autrefois. Les deux formes se confondent souvent, au point que les écrivains spéciaux en sont venus à reconnaître une manie aiguë avec dépression mélancolique ou une mélancolie aiguë avec excitation maniaque. M. Robertson propose un groupement nosologique basé sur un élément nouveau, l'émotion. Dans la mélancolie, c'est une émotion dépressive qui est en jeu; pourquoi n'admettrait-on pas, chez les maniaques, une lésion émotive d'une autre nature?

Il recherche dans l'état de santé les émotions fondamentales qui donnent lieu aux manifestations violentes mentales et motrices, et voit qu'elles se réduisent à trois : la joie, la colère et la crainte. Dans le mode morbide, la crainte est l'émotion spéciale à la mélancolie. Les deux autres, la joie et la colère, servent de base à la manie. Si l'on étudie, en effet, les deux variétés mentales dans lesquelles ces états émotifs sont manifestés, on voit que ce sont des manies.

La première de ces vésanies est la manie furieuse, dont le principal caractère est une excitation mentale et physique dans laquelle la colère domine. Le malade se montre agressif, ses traits offrent l'expression de la rage; il menace et brise ce qui lui tombe sous la main; ses amis ne sont pas épargnés par ses violences; c'est le type, en un mot, de l'aliéné dangereux. Cette forme d'aliénation mentale est heureusement très rare.

À l'opposé se place une autre affection mentale qu'on peut désigner sous le nom de manie hilare. On l'observe souvent chez

les adolescents. Le malade est sous le coup d'une joie exubérante. Chez lui l'excitation morbide est encore considérable. Ses mouvements sont violents mais son humeur est gaie. Il saute, court, brise joyeusement. Turbulents et incommodes, les malades hilares peuvent être dirigés dans une certaine mesure. Ils ne sont pas regardés comme dangereux.

Tels sont les deux types extrêmes de la manie, considérée au point de vue émotionnel. Il y a des intermédiaires et l'auteur admet deux sous-variétés qui viennent se placer naturellement à côté des espèces qui viennent d'être décrites. Tandis que les deux formes précédentes sont des manies aiguës, les types inférieurs, d'allure plus bénigne, répondent à la manie simple. Esquirol a donné une bonne description du premier. Les aliénés sont irritables, facilement violents. Ils ont une attitude arrogante, querrelleuse. Ils se montrent mécontents de tout et inabondables. Ils sont bruyants et vous assourdissent de leur loquacité. Ils dénoncent et calomnient. Ils ne se complaisent qu'en des actes désagréables. Cette forme mentale s'observe surtout chez les femmes. L'autre sous-variété, qui correspond à la manie hilare est l'aménomanie de Rush. Imperturbablement satisfaits, les malades interprètent tout en bien; ils montrent une effusion enfantine, extravaguent, gesticulent et importunent tout le monde de leur joie délirante.

La manie se présente donc, si l'on envisage l'élément émotionnel qui lui sert de base, sous quatre formes distinctes qui peuvent elles-mêmes se réduire à deux, suivant que c'est la joie ou la colère qui est l'essence du délire. Cette classification nouvelle qui ne manque pas d'originalité, est pourtant passible de quelques objections et l'auteur en convient lui-même. Ces diverses variétés mentales ne sont pas des types immuables et se transforment souvent l'une dans l'autre. Il existe des troubles vésaniques à forme maniaque que n'accompagne aucun désordre émotif. Telle est la manie délirante avec incohérence absolue. Mais M. Robertson remarque que cette espèce mentale confine à la démence.

XIV. — *Cas d'hémorragie du pont de Varole*; par James Rorie (numéro de juillet). — La malade, âgée de vingt-cinq ans, célibataire, est une démente. L'affection mentale est survenue spontanément et sans cause apparente. C'est une déchéance mentale profonde, marquée par des accès d'agitation agressive. La malade s'est améliorée, lors d'une première admission. Elle a été évacuée sur une maison de pauvres, puis

chez elle où elle est redevenue dangereuse. Elle est réintégrée. Trois ans plus tard, elle a un érysipèle du pied droit dont elle guérit et, un mois après, elle éprouve les accidents graves qui ont déterminé sa mort. Elle tombe dans le collapsus avec la face noire et la respiration suspendue. Il y a quelques pulsations irrégulières dans les jugulaires. Le pouls est insensible, les pupilles normales. On diagnostique une paralysie des centres respiratoires.

La respiration artificielle est appliquée sans retard concurremment avec l'administration de l'éther et, grâce à ces moyens, le pouls et la respiration se rétablissent temporairement. Mais peu d'instant après, la respiration s'affaiblit, le pouls devient filiforme et la mort arrive une heure et demie après le début des accidents. Détail intéressant, la respiration a cessé avant les pulsations de la radiale.

A l'autopsie, on trouve l'espace sous-arachnoïdien de la base envahi par une hémorragie qui occupe l'intervalle des pédoncules, l'extrémité de la seissure de Sylvius, la protubérance et la moelle à la partie antérieure et supérieure. Un gros caillot de formation récente s'étendant de la seissure à la partie supérieure de la moelle est accolé à la moitié droite de la protubérance et du bulbe. Le ventricule droit est rempli dans sa partie moyenne et supérieure par un caillot noir, qui communique avec le pont de Varole, à travers les plexus choroïdes et la grande fente cérébrale. Un caillot moins volumineux occupe le ventricule gauche. Le quatrième ventricule est gorgé de sang et la surface dorsale de la protubérance est déchirée et excavée à droite et vers sa partie moyenne.

Le caillot qui occupe cette cavité artificielle communique avec celui de l'espace sous-arachnoïdien.

La protubérance est donc, en ce point, entièrement désorganisée. Toutes les artères sont athéromateuses.

Notre distingué confrère interprète cliniquement les lésions trouvées à l'autopsie. Il pense que le phénomène initial est l'hémorragie du pont de Varole qui a déterminé un arrêt subit des fonctions respiratoires. Ensuite est survenue une nouvelle attaque mortelle due à l'envahissement par le liquide sanguin des ventricules et de l'espace sous-arachnoïdiens de la base.

XV. — *Cas de tumeur cérébrale (fibrome kystique)*; par le Dr James Rorie (numéro de juillet). — La malade, âgée de quarante ans, n'est pas épileptique, mais elle a des tendances suicides et dangereuses. C'est une héréditaire et la folie remonte

à un an. Elle est caractérisée par la débilité mentale, la perversion des sentiments et des impulsions au suicide. Puis apparaissent des symptômes de paralysie générale. Il y a des accès de vertige et la démarche s'embarrasse de plus en plus. La malade fait des chutes fréquentes et perd souvent connaissance sans avoir de convulsions. Une nuit, trois ans après son entrée, elle tombe dans un état comateux. Elle échappe à cette première attaque qui laisse après elle une paraplégie temporaire. Le mouvement ne tarde pas à revenir dans les membres inférieurs et en même temps se produit de l'agitation maniaque. Cet état ne dure que vingt-quatre heures et la malade est trouvée morte le matin, dans son lit. L'examen du cadavre permet d'attribuer la mort à une violente attaque convulsive.

A l'ouverture du crâne, on découvre une tumeur globuleuse, sphérique, située entre la moitié droite de la tente du cervelet qui la couvre, la paroi de l'os pétreux en dehors et le lobe droit du cervelet. On note une atrophie remarquable de cet organe, qui a perdu les deux tiers de son volume. Le cerveau est très ramolli dans sa moitié postérieure où la substance grise est désorganisée.

La tumeur est un fibrome kystique. Elle a deux pouces de diamètre, elle est encapsulée dans un feuillet fibreux qui s'attache, à la façon d'un pédicule, à la ligne de réunion de l'os pétreux avec la tente du cervelet.

XVI.— *Cas de tumeur intracrânienne*; par le Dr Conolly Norman (numéro de juillet). — Le sujet de l'observation (vingt-sept ans) avait des attaques épileptoïdes et il était aveugle. Il souffrait de troubles intestinaux et il a succombé à la dysenterie qui sévissait alors à l'asile. Cet homme n'avait aucune autre lésion des sens que sa cécité. Il n'était pas paralysé. Au point de vue mental, c'était un dément avec des phénomènes d'excitation intermittente. Il faisait lui-même remonter sa maladie à une insolation contractée au printemps précédent, alors qu'il travaillait à la campagne. Il ressentit alors une douleur soudaine dans la tête, devint stupide et dut abandonner sa besogne.

Ce travail est une remarquable étude d'anatomie pathologique; nous en analysons le passage le plus curieux, celui qui a trait à la tumeur cérébrale, dont la forme et la structure sont minutieusement décrites.

Elle est logée dans la portion antérieure du lobe temporo-sphénoïdal. Elle a le volume d'une balle et est grossièrement

sphérique. Vue de haut, elle paraît légèrement pyramidale, son profil étant moins incurvé en arrière. Elle est ferme au toucher, de consistance fibreuse; sa couleur est d'un gris sale. Inférieurement, elle est creusée d'une rainure correspondant à la petite aile du sphénoïde.

La surface de la tumeur offre des saillies irrégulières. Elle semble intimement liée à la pie-mère dans la substance de laquelle elle envoie une multitude de petits vaisseaux. Par l'examen microscopique, on reconnaît qu'elle est formée en grande partie de petites cellules en fuseau enserrées dans un feutrage.

Ces éléments anatomiques sont agglomérés en masse très dense; en certains points ces masses forment des dépressions en nids d'oiseaux. Plusieurs de ces nids ont plusieurs centres. Au voisinage de ces centres, les cellules sont aplaties, ce qui donne l'idée d'un épithélioma. Leurs noyaux sont ovales et finement granuleux. Enfin, le centre paraît creusé d'une cavité qui ressemble à un vaisseau détruit. La tumeur est d'ailleurs très vasculaire. Les vaisseaux sont atteints d'endartérite oblitérante et de péri-ostéite. Les noyaux des tuniques vasculaires sont identiques à ceux de la tumeur. Ce néoplasme contient encore des corps sphériques, lumineux, réfringents, de nature incertaine, qui se laissent difficilement colorer. L'auteur les considère comme des corps concentriques ayant subi la dégénérescence.

Cette tumeur appartiendrait à l'espèce rare qu'on a désignée sous le nom d'endothéliome. Elle prendrait son origine, d'après M. Norman, dans le revêtement endothélial des espaces lymphatiques aussi bien que dans le périthélium vasculaire.

XVII.— *Note sommaire sur les spécimens pathologiques présentés à la réunion trimestrielle de la Société médico-psychologique le 15 mai 1890; par le D^r Percy Smith (numéro de juillet).* — 1° Portion d'estomac; large masse cancéreuse occupant la petite courbure et causant une obstruction partielle de l'œsophage; 2° vaisseaux de la base du cerveau; embolie de la cérébrale moyenne droite.

Chez le même sujet, végétations des valvules aortique et mitrale.

Préparations micrographiques : vaisseaux malades, prolifération des noyaux, dégénération des cellules, désorganisation du feuillet superficiel de l'écorce.

3° Section de l'écorce cérébrale (zone motrice) provenant

d'un sujet atteint de mélanolie aiguë. Espaces péri-vasculaires dilatés. Prolifération des noyaux autour des petits vaisseaux, dégénération granulo-graisseuse des grandes cellules pyramidales. Quelques-unes se colorent mal ; elles ont perdu leurs prolongements et sont réduites à de vagues linéaments ; d'autres sont des masses protoplasmiques informes, nombreux noyaux isolés disséminés dans l'écorce, surtout près de la base des cellules pyramidales, représentant peut-être les éléments connectifs de Deiters, petites lacunes dans les cellules pyramidales.

XVIII. — *Discours présidentiel prononcé à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique, tenue à l'Asile royal de Glasgow* ; par le D^r Yellowlees (n^o d'octobre). — Le nouveau président a pris pour sujet de son allocution le rapport publié récemment par la commission du London County Council. Ce document n'est pas l'œuvre d'un spécialiste ; il est écrit pour le public et rédigé sous une forme simple non scientifique. Il touche cependant à une question vitale pour la thérapeutique mentale, la création d'hôpitaux de traitement, et le corps aliéniste s'y trouve quelquefois malmené. M. Yellowlees s'en plaint avec amertume et ne se rallie qu'avec réserve à l'innovation proposée qu'il importe de faire connaître, d'après le texte du rapport.

Les auteurs admettent sans restriction la nature somatique de la folie qui doit être assimilée à une maladie ordinaire. La conséquence de ce principe est qu'il faut mettre les aliénés dans des conditions identiques à celles où sont placés les malades vulgaires. Il importe de les traiter dans un hôpital pourvu d'un outillage complet et de les confier à des médecins et à des chirurgiens jouissant d'une réputation établie.

L'hôpital dont on demande l'érection à Londres contiendra cent lits. Il sera desservi par quatre médecins visiteurs détachés d'un hôpital général et deux médecins résidents qui seront les collaborateurs, non les subordonnés de leurs confrères. Il aura en outre, comme consultants : un chirurgien, un oculiste, un auriste, un laryngologiste, un spécialiste pour les maladies des femmes et un savant voué aux études de pathologie pure. Cet établissement coûtera 315 livres par lit pour la construction et l'ameublement. L'entretien reviendra à 57 livres, 10 shillings par tête d'aliéné. Le prix d'entretien pourra s'élever jusqu'à 70 et 80 livres ; mais il ne faudra pas regretter cette dépense, disent les rapporteurs, car la proportion des guérisons sera de

10 p. 100, et le conseil de Londres réalisera de ce chef une économie de 30,000 livres. L'honorable président combat cet optimisme. Il montre les mauvais côtés du projet vanté par les rapporteurs du County Council. Si le programme prôné par eux fait une part prédominante au traitement matériel, il néglige systématiquement, de parti pris, le traitement moral dont les aliénistes connaissent toute l'importance. Le nouvel hôpital qui s'élèvera en pleine cité ne saurait offrir à ses pensionnaires la promenade et l'exercice en plein air, ces adjavants si précieux de la thérapeutique mentale. M. Yellowlees met judicieusement en relief les conditions différentes qui distinguent l'asile de l'hôpital et s'opposent à ce que ces deux modes d'assistance puissent être confondus dans la pratique. A l'asile, les aliénés sont maintenus contre leur volonté; s'ils sont incurables, on les séquestre et on les soigne toute leur vie. Certains aliénés n'offrent à l'examen aucun symptôme physique qui réclame l'intervention de la thérapeutique ordinaire. A quoi leur servira le séjour de l'hôpital? Par contre, si le traitement médicinal est applicable à quelques aliénés, tous ont besoin du traitement moral. L'orateur remarque, non sans une pointe de malice, que les brillants professeurs dont le concours est promis à l'hôpital sont inhabiles dans l'emploi du traitement moral. Ils sont certainement inférieurs, à cet égard, aux humbles aliénistes que le rapport a si injustement molestés. Il expose, en terminant, ses idées personnelles, et demande la création de deux types d'asile. Le premier pourra recevoir deux cent cinquante à trois cent malades. Outillé comme un véritable hôpital, il sera pourvu de tous les moyens thérapeutiques qui s'adaptent à un cas récent et curable. L'autre établissement, qui sera destiné aux chroniques et aux incurables, sera construit d'après le système des pavillons séparés, ce qui permettra de lui donner un grand développement. Il fonctionnera dans les conditions économiques les plus strictes, compatibles avec le bien-être de la population. L'asile-hôpital sera placé au centre du district. Les districts importants pourront en posséder plusieurs dans le voisinage des grands centres.

XIX. — *Insolation et aliénation mentale*; par le D^r Th. Hyslop (n° d'octobre). — Etude clinique d'autant plus méritoire que les documents sur le sujet n'abondent pas. A l'exemple du D^r Morache, l'auteur fait une distinction entre le coup de soleil et le coup de chaleur. Il pense que la dernière appellation doit être choisie, étant donné le peu d'influence

exercée par les rayons solaires sur la production de l'hyperémie veineuse, lésion principale de l'insolation. Parmi les causes indirectes, il convient de mentionner la fatigue nerveuse, les influences atmosphériques, les excès de tout genre, la syphilis, qui augmente la susceptibilité des individus pour le calorique.

L'action de la chaleur solaire s'exerce dans deux sens. Elle déprime les pouvoirs nerveux et donne lieu à la syncope, aux vertiges, nausées, à l'incontinence d'urine. Elle maintient l'état veineux du sang en s'opposant à sa transformation artérielle; les accidents qui en résultent sont la suppression de la perspiration cutanée, l'anurie, la constipation. Ce dernier état est favorisé par la fatigue, la viciation de l'air, l'aleool, les troubles gastriques, l'arrêt des sécrétions, l'exposition du cou à la chaleur solaire (moelle allongée).

Les climats chauds agissent sur l'individu dans la période d'acclimatation, mais leur action ne s'étend pas sur leur descendance. Il n'en est pas de même s'il compromet son équilibre physique en s'unissant avec les indigènes. Les effets du climat tropical sont relatifs et subordonnés à l'hygiène du colon. Il les subit plus durement s'il est atteint d'affections débilitantes. La malaria, la syphilis, l'aleoolisme augmentent la prédisposition au coup de chaleur. Sur cinquante-cinq cas recueillis dans l'Inde, vingt-trois étaient des Européens parmi lesquels on comptait huit paludéens, cinq syphilitiques, sept aleooliques. On a pu se demander si l'altération de leur vaisseaux expliquait l'aptitude des syphilitiques à contracter l'insolation.

Le phénomène le plus constant qui fait suite à cet accident est une lésion profonde de l'énergie nerveuse portant sur le système moteur et sensoriel, englobant la sensibilité générale et spéciale, déterminant une excitabilité émotive et des paralysies fonctionnelles des grands centres. Après l'attaque, le malade garde une susceptibilité particulière pour les rayons solaires et même pour la chaleur.

L'insolation peut être suivie de méningite (Sir Joseph Flayrer). Les effets éloignés de cette grave affection peuvent se faire sentir pendant toute la vie. Il faut redouter surtout, à ce point de vue, les formes asphyxique et hyperpyrexique. Dans la forme synopale, le trouble de nutrition du cerveau peut laisser après lui une débilité mentale et physique irrémédiable.

Dans l'enfance, le coup de soleil conduit à l'idiotie. M. Hyslop a recueilli l'histoire de six enfants insolés, pensionnaires de l'asile de Royal Albert; il a relevé chez eux quelques particu-

larités cliniques intéressantes : l'absence de difformités congénitales, le développement normal du système osseux et musculaire, l'absence d'affections organiques du système nerveux (paralyse, chorée) et d'hallucinations, des affections spéciales du langage, qu'elles soient temporaires, consécutives à une attaque, ou définitives ; des crises d'agitation de courte durée, après les attaques, la perversion morale à tous les degrés, une faiblesse mentale ne s'améliorant pas par l'éducation, des tendances morales particulières, des antipathies invincibles, une insociabilité plus ou moins absolue.

L'épilepsie est l'un des effets les plus communs de l'insolation. Elle n'est pas réfractaire au traitement. Les attaques d'épilepsie ont pu être confondues avec les crises convulsives de la paralysie générale (Mickle). L'épilepsie des insolés se distingue aisément de celle des idiots. Les premiers n'offrent pas de contractures ni de difformités congénitales. Les seconds présentent une détérioration mentale progressive liée aux convulsions.

La folie de l'insolation ressemble à la folie traumatique, mais la dernière se termine plus souvent par la démence.

Une attaque d'insolation crée l'aptitude à la folie. Chez les insolés comme chez ceux qui ont subi des chocs, les psychoses les plus sérieuses se manifestent des mois et des années après la secousse physique.

Le coup de chaleur figure parmi les causes de la paralysie générale (Mickle) ; toutefois le syndrome auquel il donne lieu est souvent vague, mal défini, assez insuffisant pour ne pas permettre un diagnostic certain. Sur quarante-neuf cas traités à Bethlem, un seul ne donnait prise à aucun doute. Le diagnostic différentiel est encore malaisé avec la syphilis cérébrale, la folie alcoolique, la démence avec paralysie.

Ce mémoire intéressant se termine par quelques remarques sur l'anatomie pathologique, encore mal connue, de l'insolation. Les lésions diffèrent suivant la forme clinique. Dans les états pyrétiqnes, les épanchements arachnoïdiens ont été notés avec l'hyperémie et la congestion des poumons. La mort est le résultat de l'asphyxie. Lorsque la moelle est affectée, le sang s'accumule dans le cœur droit et le sang artériel ne peut parvenir jusqu'au cerveau. Le plus souvent c'est la paralysie du cœur qui détermine la mort (Roth et Lex).

Ardu insiste sur l'acidité du sang pendant l'attaque, sur sa richesse en urée et en globules blancs et son peu de tendance à

la coagulation. Enfin Koster et Fox ont appelé l'attention sur les hémorragies destructives qui se produisent dans les nerfs vagues et phréniques. Les enfants succombent fréquemment à la méningite (Shuttleworth). L'hyperémie de la pie-mère et du cerveau ont la même valeur que la congestion des autres organes. D'après Buch, la stase des capillaires cérébraux détermine l'accumulation du sang dans les centres et entrave l'action du cœur. Ce savant explique par ce double mécanisme la production des formes syncopale et cérébro-spinale de l'insolation.

XX. — *Une enquête sur le sang et l'urine des aliénés*; par le Dr Johnson Smith (n° d'octobre). — Les recherches de ce médecin l'ont conduit aux résultats suivants :

1° Pour le sang :

Les aliénés ont le sang pauvre en hémoglobine. Cette pauvreté est surtout marquée dans la démence consécutive.

La proportion d'hémoglobine est à peu près égale dans la mélancolie, l'épilepsie et la paralysie générale. Cependant cette dernière affection se distingue par une augmentation de l'hémoglobine pendant les périodes d'excitation.

Le nombre des globules sanguins est chez les aliénés inférieur à la normale. Il est surtout diminué dans la démence consécutive ; la proportion la plus élevée se voit dans la paralysie générale.

Dans l'état de santé, le poids spécifique du sang est 1055 ; le nombre des globules est de 5 millions par centimètre cube ; l'hémoglobine constitue l'élément lourd du liquide. Or, chez l'aliéné, le poids spécifique du sang est plus grand que chez l'homme sain. Si les globules et l'hémoglobine sont en quantité plus faible, il faut admettre une élévation de densité du plasma sanguin chez l'aliéné.

Le sang est plus dense dans la démence consécutive et surtout dans la démence sénile.

Chez les épileptiques, cette densité varie ; elle est augmentée pendant les crises convulsives.

2° Pour l'urine :

La quantité d'urine des vingt-quatre heures est la plus grande chez les paralyés généraux où elle dépasse la quantité normale ; elle est la plus faible chez les déments et paraît diminuée dans la mélancolie.

Le poids total des solides est augmenté dans la paralysie générale, il est diminué dans la démence consécutive ; il varie peu dans les autres formes mentales.

Les individus sains d'esprit n'exerèrent pas plus d'urée que les aliénés. L'excrétion de l'urée est à peu près la même dans la paralysie générale, l'épilepsie et la mélancolie; elle est un peu plus faible chez les déments.

La proportion d'acide urique est accrue chez les aliénés; l'augmentation est surtout notable dans la paralysie générale, l'épilepsie et la démence.

La créatinine se trouve en proportion plus grande chez les paralysés généraux et les déments.

L'acide phosphorique paraît légèrement augmenté chez les épileptiques.

XXI. — *Notes sur un cas d'épilepsie où la ligature de la vertébrale a été pratiquée*; communiquées par Telford Smith (numéro d'octobre). — Cette curieuse opération a été imaginée il y a quelques années par M. le Dr Alexander, à moins qu'elle n'ait été conçue par le Dr Barraeks, de Vienne, qui l'a recommandée vers la même époque. Elle a pour but de diminuer l'afflux du sang vers le bulbe et le cerveau. Le choix de la vertébrale est motivé par l'absence d'anastomoses et la disposition anatomique des vaisseaux qui pénètrent dans le crâne. Contenus dans des canaux osseux, ils sont incapables de suppléer, en se dilatant, à l'anémie causée par la ligature. La méthode curative prônée par M. Alexander mérite considération, tout en n'étant pas infaillible. Trente-six épileptiques ont été opérés. Sur ce nombre huit ont guéri, onze ont été améliorés; il y a eu seize insuccès. Parmi ces derniers, trois sont morts, l'un d'hémorragie, le second d'embolie, le troisième a été emporté par une pleurésie. Tous les opérés étaient des chroniques, des épileptiques incurables. Un certain nombre (qui n'ont pas été, d'ailleurs, modifiés par la ligature) étaient sous le coup d'une déchéance mentale plus ou moins profonde. Il faut ajouter cependant que M. Alexander en est venu à considérer ce procédé thérapeutique comme incertain et qu'il lui préfère aujourd'hui l'ablation du ganglion cervical supérieur.

Le malade dont M. Telford Smith rapporte l'histoire était un imbécile, épileptique de naissance. L'opération l'a délivré de ses attaques pendant près de quatre ans et son état mental a beaucoup gagné. Mais les attaques sont revenues insensiblement et avec elles une démence définitive. La disparition des accès pendant un temps très long, entraînant une amélioration mentale temporaire, n'en est pas moins un fait remarquable.

XXII.— *Trois observations de parotidite chez des aliénés;* par le D^r Théod. Hyslop (numéro d'octobre). — La première malade, quarante-neuf ans, était sous le coup d'un accès maniaque suraigu et touchait aux confins du marasme physique. Six jours après son admission, elle a été atteinte de parotidite. Les deux glandes ont été prises successivement. Puis son état s'est aggravé et elle a succombé à une pneumonie. Dès le début de la complication parotidienne, l'agitation s'est notablement amendée. La malade avait repris conscience et reconnaissait son entourage et ses amis.

La transformation de l'état mental est complète dans l'observation suivante, qui est celle d'une femme de trente et un ans, atteinte de mélancolie aiguë avec accès d'exaltation dépressive et tendances suicides. L'inflammation affectait les deux parotides et elle a coïncidé avec la disparition du délire. Cette malade est sortie guérie.

Le troisième malade est un vieillard de soixante-quatorze ans. Il est atteint de manie aiguë à forme grave, consécutive à une attaque incomplète d'hémiplégie gauche. Son état général est mauvais, lorsque survient une parotidite du côté gauche qui est traitée chirurgicalement par l'incision et qui guérit. En même temps que se montrait cette complication, une amélioration graduelle se produisait dans l'état physique. Mais elle ne s'est pas maintenue et le malade est tombé dans la déchéance sénile. L'influence exercée sur les troubles délirants par l'inflammation de la parotide a été fréquemment noté. En ce moment se trouve justement, à l'asile de Bordeaux, une jeune épileptique, dont l'état mental a été remarquablement modifié après une complication semblable. Elle était violente, désordonnée et malpropre, et l'inflammation l'a rendue, dès le principe, traitable et docile, se prêtant volontiers à l'examen médical.

Plus tard, les attaques qui avaient cessé pendant quelque temps ont reparu beaucoup plus rares. Notre jeune malade est aimable, affectueuse, enjouée, et fait des sorties assez fréquentes avec sa famille, ce qui, autrefois, eût été impossible.

D^r POSS

JOURNAUX AMÉRICAINS

The alienist and Neurologist.

ANNÉE 1889.

I. — *Paranoïa* ; par le D^r Jas. G. Kiernan (numéro de janvier). — Pour le D^r Kiernan, la paranoïa équivaut évidemment au délire des persécutions, avec ou sans idées de grandeur. Les observations qu'il donne ne laissent pas de doute à ce sujet. Le but de son mémoire est de montrer que bien avant l'Allemagne les pays de langue anglaise avaient eût des cas de ladite paranoïa. Des observations de Haslam et Bush, bien caractéristiques, en font foi. Le D^r Kiernan ne dit pas un mot des travaux français ; sans doute il les ignore. On pourrait lui faire remarquer qu'il ne suffit pas d'avoir noté des observations pour avoir constitué un type morbide. Esquirol, bien avant Lasègue, avait rencontré et publié des cas de délire des persécutions. C'est cependant bien au dernier que revient le mérite d'avoir mis en relief et fait connaître cette forme de délire.

II. — *Hypnotisme et suggestion ; leur valeur thérapeutique* ; par le D^r C.-H. Stéphan (numéro de janvier). — Exposé dogmatique des diverses doctrines qui se rapportent à ce sujet. Le D^r Stéphan connaît bien les travaux des écoles de Nauey et de la Salpêtrière ; c'est à ceux de cette dernière qu'il accorde le plus d'autorité, en même temps que plus de prudence. Il conclut en disant que : l'étude de l'hypnotisme doit beaucoup intéresser le médecin ; la suggestibilité peut devenir un bon moyen thérapeutique ; l'hypnotisme n'est pas sans danger et demande à être mis en œuvre avec réserve ; on ne peut songer à l'appliquer comme moyen de traitement qu'à des troubles fonctionnels.

III. — *De la responsabilité dans l'alcoolisme* ; par le D^r T.-D. Crothers (numéro de janvier). — Dans les affaires médico-légales relatives à l'alcoolisme, il y a, en Amérique, de profondes divergences d'opinions entre les experts. Ces divergences se font jour devant les tribunaux et conduisent à une véritable confusion. Il n'y a peut-être pas une affaire où ne soient exposées deux ou trois théories différentes qui mettent dans un grand embarras les jurys et les magistrats ; mais, finalement, presque tous les inculpés sont regardés comme responsables et condamnés.

Pour faire cesser ces divergences, le D^r Crothers demande que l'on se conforme à certains principes capables de bien diriger les experts. Avec chaque individu, lorsque surgit la question d'alcoolisme, il faut rechercher si la tendance à s'enivrer n'est pas le résultat de tares héréditaires, d'une dégénérescence morbide, d'un état de réelle inconscience ou d'impulsion irrésistible.

IV. — *Diverses formes de l'alcoolisme*; par le D^r T.-L. Wright (numéros d'avril et de juillet). — L'auteur étudie sommairement l'alcoolisme volontaire, l'alcoolisme par entraînement acquis, et l'alcoolisme par entraînement originel; c'est dans ce dernier que l'impulsion est le mieux marquée.

V. — *Distinction entre la raison et la folie; classification des maladies mentales*; par le D^r H.-A. Buttolph (numéro d'octobre). — Pour le D^r Buttolph, l'état de raison est celui où le cerveau étant sain, les facultés intellectuelles et morales sont harmonieusement régulières, et l'individu est maître de ses sentiments, de ses paroles et de ses actes.

L'état de folie ou de dérangement d'esprit consiste en ce qu'une seule, ou plusieurs, ou toutes les facultés mentales ont été modifiées ou déséquilibrées par le fait d'une maladie cérébrale; maladie aiguë ou chronique, organique ou fonctionnelle, partielle ou générale, continue ou intermittente, impulsive ou périodique.

Le D^r Buttolph envisage les choses d'une manière aussi simple que possible et propose la classification suivante :

A. Folie aiguë, partielle ou générale, continue, intermittente, impulsive, périodique.

B. Folie chronique, avec mêmes modalités que la forme aiguë.

C. Folie par perversion morbide du fonctionnement cérébral; la folie morale en est l'expression la plus nette.

D. Folies de formes diverses, par paralysie générale, par épilepsie, puerpéralité, démence aiguë ou chronique, sénilité, hystérie, chorée, alcoolisme.

E. Folie par débilité mentale originelle : idiotie, imbécillité, arétinisme.

VI. — *Problèmes médico-légaux sur l'alcoolisme; examen du cas de Swift*; par le D^r T.-D. Crothers (numéro d'octobre). — Ce Swift avait tué sa femme, et, condamné à mort, il avait été pendu. Le D^r Crothers considère cette condamnation comme erronée parce que l'inculpé était un dégénéré faible d'esprit,

alcoolique. Pour lui, l'état d'alcoolisme implique toujours l'irresponsabilité et, dans ce dernier travail, il va aussi loin que possible en considérant comme irresponsable tout individu en état d'ébriété. Cette opinion va à l'encontre du sentiment général aux États-Unis où l'alcoolisme, quelle que soit sa forme, est bien rarement considéré comme une excuse; du reste, elle est assurément trop absolue en elle-même, et le D^r Crothers semble le comprendre, car il admet qu'on doit étudier séparément chaque cas où surgit la question d'alcoolisme.

VII. — *Des meilleurs modes de disposition des salles à manger dans les asiles d'aliénés*; par le D^r H.-A. Buttolph (numéro d'octobre). — Dans les grands asiles où il n'y a que des incurables et des gens d'un même état morbide et d'une même condition sociale, les salles à manger qui réunissent tout ou partie très grande des habitants de l'asile ont leur raison d'être, aux divers points de vue de la commodité du service, de la surveillance et de l'économie. Il peut même être bon de faire comme on a fait à l'asile de Kankakee, de n'avoir qu'une seule vaste salle à manger, isolée au milieu de tous les pavillons d'habitation et placée de telle sorte que les aliénés soient obligés de parcourir quelque chemin pour y arriver. Mais là où il y a des aliénés de toute classe et d'états bien différents les uns des autres, curables ou incurables, agités ou tranquilles, indigents ou aisés, il est utile, il est même nécessaire d'avoir autant de salles à manger que de catégories. Cela est commandé par la tranquillité, le bien-être, le traitement même des malades. Le D^r Buttolph donne comme modèle d'une organisation de ce genre les asiles de New-Jersey, où sans se préoccuper de savoir si les pensionnaires sont payants ou gratuits, on a multiplié les salles à manger, qui, dans un de ces asiles, vont jusqu'au nombre de quarante.

VIII. — *Surmenage et affaiblissement cérébral*; par le D^r G.-H. Hughes (numéro d'octobre). — Le surmenage était inconnu de nos pères, parce que dans leur jeune âge, ils faisaient tout ce qu'il fallait plutôt pour donner de la force à leur corps que pour meubler leur esprit; parce qu'ils avaient moins que nous le souci du bien-être et d'un luxe amollissant; parce qu'ils se nourrissaient bien et qu'ils mangeaient à loisir; parce qu'ils dormaient suffisamment et ne faisaient point de la nuit le jour, et du jour la nuit; parce qu'ils se complaisaient dans une vie sédentaire et qu'ils ne se fatiguaient pas en voyages de toute sorte; parce que le souci des affaires et l'ambition de parvenir

ne les obsédaient pas comme nous ; parce qu'ils n'abusaient pas des alcools et d'autres excitants pernicioeux ; parce qu'enfin tout contribuait à réaliser en eux le *mens sana in corpore sano*.

ANNÉE 1890.

I. — *Délire des persécutions simultanés chez deux sœurs* ; par le Dr Frederick Peterson (numéro de janvier). — Ces deux sœurs étaient âgées de quarante-deux et trente-six ans ; filles d'une aliénée ; l'une d'elles était même venue au monde pendant que la mère était en état d'aliénation mentale. Elles étaient nettement atteintes de délire de persécution, dénommé paranoïa par le Dr Peterson. Elles se croyaient en butte à l'hostilité de personnes de leur famille ; se croyaient poursuivies, espionnées, empoisonnées, soumises à des pratiques de sorcellerie. Le développement de leur délire avait été si peu marqué d'abord et si graduel que, dans leur entourage, on fut longtemps avant de s'en apercevoir. Malgré ses recherches à ce sujet, le Dr Peterson n'a pu parvenir à déterminer exactement si ce cas de folie à deux était de la folie imposée ou de la folie simultanée ; cependant il penche pour cette dernière éventualité.

II. — *Folie par lésions du colon* ; par le Dr Harold N. Moyer (numéro de janvier). — Il n'est pas rare de rencontrer des hypocondriaques, des mélancoliques dont la maladie a son origine dans des troubles réels, fonctionnels ou organiques du gros intestin. Souvent ce trouble n'est alors qu'une constipation plus ou moins opiniâtre ; en la faisant disparaître, on amène la guérison. Mais alors ce ne sont pas les purgatifs qui sont exclusivement utiles ; quelquefois même ils peuvent aggraver le mal au lieu de l'améliorer ; il vaut mieux recourir aux lavements et aux moyens qui peuvent solliciter par en bas l'action de l'intestin.

III. — *L'état puerpéral au point de vue médico-légal* ; par le Dr Harriet C. B. Alexander (numéro de janvier). — Toute femme en état de puerpéralité est soumise à des influences, essentiellement pathologiques, qui affaiblissent sa volonté, disposent à une émotivité particulière, modifient les affections naturelles et peuvent donner naissance à des idées ou à des tendances déraisonnables. Partant de là, le Dr Alexander semble disposé à soutenir que toute femme en état de puerpéralité, qui commet un acte criminel ou répréhensible, doit, en principe,

bénéficier de la présomption de trouble mental entraînant l'irresponsabilité ; opinion évidemment fort exagérée, et qui n'est vraie que pour un nombre de cas relativement restreint.

IV. — *De l'imprévu pendant l'ivresse ; étude sur la responsabilité des ivrognes* ; par le D^r T. L. Wright (numéro de janvier). — Il arrive souvent que des ivrognes commettent des actes indépendants de leur volonté, dont les résultats sont même contraires à leur intention, et qui constituent un véritable imprévu. Le D^r Wright en donne comme exemple plusieurs faits identiques, dans lesquels des individus, en maniant une arme à feu, un pistolet, un fusil, en font partir la détente alors qu'ils sont convaincus en eux-mêmes de n'y avoir pas touché. De là, peuvent résulter des accidents plus ou moins graves dont, au fond, ils ne sont réellement pas responsables. Le D^r Alexander attribue ces accidents à deux causes qui, à divers titres, sont d'ordre pathologique : l'une, c'est l'extrême confiance que les ivrognes ont en eux-mêmes et qui constitue une sorte de délire de grandeurs ; l'autre, c'est l'état d'anesthésie musculaire qui fait qu'il n'y a plus parité d'action entre la main et le cerveau. Dans un cas ou dans l'autre, l'individu a pu faire partir l'arme à feu sans avoir senti le moins du monde qu'il y touchait et avec la conviction qu'il a pris toutes les précautions voulues, qu'il y a touché assez légèrement pour ne point la faire partir.

V. — *De l'état mental dans la phthisie* ; par le D^r Jas. G. Kiernan (numéro de juillet). — Un symptôme bien connu dans la phthisie, c'est l'apparition d'un état de confiance extrême et d'espérance de la guérison. Mais ce symptôme n'existe pas toujours et souvent on se trouve en présence de manifestations mentales de tout autre sorte : irritabilité très grande, défiance, incertitudes, craintes, soupçons, mélancolie plus ou moins profonde, quelquefois même idées de persécution, toutes dispositions qui peuvent contribuer à hâter la marche de la phthisie, et, en facilitant la débilitation des malades, à précipiter le dénouement fatal. Il peut arriver que ces diverses manifestations précèdent l'éclosion des troubles pulmonaires, qu'elles les masquent plus ou moins, qu'elles alternent avec eux, au point même de faire croire à une véritable amélioration physique. Mais aussi la disparition des troubles intellectuels laisse réapparaître la maladie organique. Le mémoire du D^r Kiernan se termine par l'étude de la vie de deux personnages de renom, Keats et Émilin Brontë, tous deux phthisiques et dont l'état mental présente

de grandes étrangetés qui semblèrent avoir de grandes affinités avec la maladie pulmonaire.

VI. — *Cas de paranoïa avec impulsions irrésistibles*; par le Dr Théodore Diller (numéro de juillet). — Cet article vaut d'être mentionné, ne serait-ce que parce que l'auteur, tout en employant le mot paranoïa, reconnaît qu'il est impossible d'en donner une définition, tant sont nombreuses et variées les espèces de trouble mental auquel on l'applique. Dans le cas en question, il s'agit d'une femme atteinte de manie impulsive, qui était portée constamment à se lacérer, à se jeter tête baissée contre les murs, à faire toutes sortes de tentatives de suicide. Elle fut malade deux ans, et guérit dans de bonnes conditions.

VII. — *Un enfant prodige*; par le Dr S. V. Clevinger (numéro de juillet). — Cet enfant, nommé Oscar Nivore, né en 1885, s'est montré prématurément remarquable par une mémoire extraordinaire dont il donna la première preuve dès l'âge de treize mois. Un jour, deux enfants répétaient près de lui un exercice quotidien qui consistait à réciter la table de multiplication. A un moment donné, l'un d'eux se trompa et dit : « quatre fois douze cinquante-huit », aussitôt le petit Nivore se s'écria : « Quatre fois douze quarante-huit. » Cet enfant, qui était aveugle, retenait avec une merveilleuse facilité tout ce qu'on disait ou récitait près de lui, on s'amusait à lui faire répéter d'interminables nomenclatures, des noms de personnes, de villes, de pays. Le Dr Clevinger dit que cet enfant ne paraissait nullement appartenir à la race des idiots savants. Mais il était d'une famille de huit enfants qui, presque tous, étaient morts phthisiques.

VIII. — *La typhomanie*; par le Dr Théodore Diller (numéro d'octobre). — La typhomanie est ce que nous appelons délire aigu, maladie mentale qui se manifeste par des symptômes maniaques d'une grande violence et qui souvent a une terminaison fatale. Le Dr Diller la compare au délire maniaque de l'état puerpéral, au délire des fièvres graves, et au délire qui suit parfois les opérations chirurgicales. Il estime que, dans ces cas divers, le trouble mental est dû à l'épuisement cérébral, à l'altération de la circulation, soit comme qualité, soit comme quantité du sang, quelquefois aussi à un état de véritable intoxication. Le plus souvent, il y a un peu d'inflammation cérébrale.

IX. — *Examen de cent cerveaux d'enfants faibles d'esprit*; par le Dr A. W. Wilmarth (numéro d'octobre). — Dans tous

ces cerveaux il y avait quelque altération, soit organique, comme sclérose, atrophie, dégénérescence des vaisseaux ou des cellules nerveuses, altérations diverses, soit physiologique, comme irrégularité de poids ou de développement du cerveau dans son ensemble ou seulement des circonvolutions.

X. — *Les maladies du cœur dans la folie; relation d'un cas de panophobie*; par le D^r S. V. Clevinger (numéro d'octobre). — Tout en constatant que les maladies du cœur sont communes chez les aliénés et qu'elles peuvent influencer les manifestations de leur délire, l'auteur admet que, bien rarement, ces maladies sont à elles seules cause de maladie mentale; il faut à celle-ci une prédisposition ou toute autre raison déterminante.

Le cas de panophobie rapporté, est celui d'un individu qui était sous l'influence d'une émotivité extrême et qui successivement fut obsédé par des craintes insurmontables; tantôt il était obligé de se confiner chez lui, parce que la pensée d'être en société le rendait extrêmement malheureux; tantôt, au contraire, il souffrait de la solitude; à d'autres moments, il avait la peur des espaces, habituellement il avait des palpitations qui lui causaient une excitation véritable.

XI. — *Conséquences psychopathiques de l'hérédité alcoolique par substitution*; par le D^r C. H. Hughes (numéro d'octobre). — L'auteur rappelle d'abord ce fait, aujourd'hui bien connu, que les enfants d'alcooliques peuvent présenter diverses dégénérescences, divers troubles intellectuels, qui ne sont point eux-mêmes de l'alcoolisme, mais qui, par substitution et malgré le changement de forme, en proviennent directement. C'est ainsi que les descendants d'alcooliques peuvent être des faibles d'esprit, des névropathes ou de véritables aliénés. Partant de ces prémisses, le D^r Hughes examine l'hypothèse suivante: Un homme jeune encore, qui va atteindre sa majorité, a été bien élevé, ne manifeste que de bons sentiments, n'a rien de ce qui, par l'éducation ou les tendances, puisse le rapprocher du criminel, et est bien connu par la correction de sa conduite. Un jour, sans motif aucun, sans provocation, il tue son plus cher et meilleur ami. A ce moment, on apprend que ce jeune homme est fils, petit-fils, parent à divers degrés de gens tous gros buveurs d'alcool, sinon ivrognes, et l'on se demande s'il est responsable de son action. Dans ces conditions, il y a évidemment lieu de supposer l'existence de l'hérédité par substitution, et l'influence d'une impulsion irrésistible et inconsciente qui a dirigé la main de ce jeune homme et a fait de lui un aliéné.

XII. — *Nouvelles questions médico-légales relatives à l'alcoolisme*; par le D^r T. D. Crothers (numéro d'octobre). — Les deux principales questions examinées ici sont les suivantes : Peut-on donner autorité au témoignage d'un alcoolique? Les actes civils, mariage, testament d'un alcoolique, sont-ils valables? Le D^r Crothers répond par la négative.

Nous devons faire ici une observation relative à la plupart des travaux du D^r Crothers, travaux toujours intéressants, et où l'auteur s'est appliqué à élucider tout ce qui concerne l'action des alcools au point de vue médico-légal; c'est que, volontairement ou non, il omet d'établir une distinction nette entre l'ivresse, l'ivrognerie et l'alcoolisme. Dans bien des cas, la réponse à des questions de responsabilité, de capacité civile, ne peut pas être la même pour une chose ou l'autre. L'ivrogne est responsable là où l'alcoolique ne l'est pas. Et pour ce qui concerne en particulier le témoignage, on doit admettre en principe que celui de l'homme ivre est sans valeur, tandis que quelquefois celui de l'alcoolique peut être valablement acceptable. Mêmes considérations s'appliquent à la capacité civile.

XIII. — *La folie, en tant que symptôme du mal de Bright*; par le D^r Alice Bennett (numéro d'octobre). — Par mal de Bright, l'auteur semble indiquer toute sorte d'altération rénale, et, partant de là, il développe les points suivants : 1° Contrairement à l'opinion commune, les maladies des reins sont très fréquentes chez les aliénés; 2° l'intoxication urémique est l'une des plus habituelles causes de folie; 3° cette intoxication peut produire des troubles intellectuels de toute sorte, mais les plus ordinaires sont la dépression mélancolique, les idées de persécution, de crainte ou d'indignité, avec ou sans hallucinations; quelquefois elle donne lieu à de l'excitation suivie rapidement de prostration physique; parfois aussi cette excitation va jusqu'au délire aigu; 4° l'intoxication exerce évidemment son action principale sur les centres moteurs.

Le mémoire du D^r Bennett, intéressant à consulter, serait plus concluant s'il s'appuyait sur des autopsies nombreuses et sur l'analyse des urines et l'examen de la fonction rénale dans les observations qui en font la base.

1
American journal of insanity.

ANNÉE 1890.

I. — *De l'assistance publique des aliénés*; par le D^r W.-W. Godding (numéro de janvier). — Conférence faite dans un congrès d'études sur l'assistance publique et le régime pénitentiaire. Le D^r Godding y examine l'état de la question aux États-Unis et spécialement dans l'État de New-York. Il expose la nécessité, pour chaque État, de pourvoir aux besoins de ses aliénés. Les deux principes suivants sont mis particulièrement en relief: pour les aliénés curables il ne faut reculer devant aucun moyen de traitement et ne rien négliger de ce qui peut amener leur guérison; quant aux incurables, tout en ne les laissant manquer de rien, il ne faut leur donner que le nécessaire, les employer le plus possible à des occupations variées. Aux uns, conviendra le régime de l'asile; aux autres, des emplois divers dans une exploitation fermière; pour quelques-uns seulement, on pourra essayer le régime familial. Les asiles ne devront pas être établis indifféremment n'importe où; on devra préférer pour eux un pays sain, agréable, à proximité de quelques buts de promenades ou de moyens de distraction, et où les ressources ne puissent manquer.

Le D^r Godding estime que tout directeur d'un asile d'aliénés doit être médecin, et homme à la hauteur de sa tâche.

Il est tout à fait d'avis que les aliénés criminels doivent être hospitalisés à part; leur présence au milieu des autres est, dit-il, un outrage pour eux-ci.

Tels sont les points les plus saillants de cette conférence, qui comporte encore bien des détails intéressants, mais pas assez nouveaux pour qu'il soit utile de les mentionner ici.

II. — *Le système familial; ses avantages et ses limites*; par le D^r Henry R. Stedman (numéro de janvier). — L'auteur est tout à fait partisan de ce système, auquel il trouve de grands avantages économiques; mais il reconnaît qu'on ne peut l'appliquer qu'à un nombre restreint d'aliénés, choisis parmi les plus calmes, et dont la maladie soit devenue chronique. Encore faut-il que les individus mis ainsi en pension chez des particuliers soient surveillés avec soin, qu'ils soient toujours immatriculés sur les registres de l'asile auquel ils ont appartenu, et où l'on devra les réinternier à la première nécessité.

III. — *Pages cornées dans des rapports de l'ancien temps* ; par le D^r Daniel Clark (numéro de janvier). — Œuvre gentiment ironique, agréable à lire, où l'auteur imagine qu'il a parcouru des rapports présentés par des directeurs ou médecins d'asiles d'aliénés du temps de Rhamisès I^{er} ou de Rhamisès II, rois d'Égypte, et qu'il y a découvert et noté avec soin, en cornant les pages, tels abus, telles erreurs, telles prétentions scientifiques plus ou moins absurdes, que sans doute on ne doit plus constater de nos jours. C'est en ce temps-là qu'on préconisait le traitement de la folie par les verres de couleur ou par l'homéopathie ; en ce temps-là que des gens, sans aucune compétence, se croyaient bien supérieurs aux spécialistes dans le soin des aliénés ; en ce temps-là qu'on préférerait voir à la tête des asiles des administrateurs plutôt que des médecins ; en ce temps-là encore que les vrais titres importants pour obtenir la direction d'un asile étaient d'être en bonnes relations avec les puissants du jour, alors aussi, il se trouvait tel directeur d'asile qui savait s'y prendre avec assez d'habileté pour faire croire que la grande majorité des aliénés confiés à ses soins ne tardaient pas à guérir ; et, pour dernier trait, entre beaucoup d'autres relevés de la même manière, en ce temps-là, enfin, que les médecins d'aliénés se plaignaient amèrement de la presse et des journaux, parmi lesquels il y en avait bien peu de bons ou de sensés, et qui ne manquaient aucune occasion de dire les plus grosses bêtises du monde en fait d'aliénation mentale.

IV. — *Le traitement des aliénés, considéré au point de vue historique dans ses rapports avec la science et avec l'état général de l'humanité* ; par le D^r Orpheus Everts (numéro de janvier). — Au temps des Grecs et des Romains, dit le D^r Everts, les aliénés étaient humainement traités, et confiés aux médecins. Dans le moyen âge et aux temps barbares, ces malheureux furent considérés comme des êtres indignes de toute considération, voués aux tourments, à l'abandon et aux misères de toute sorte. Si de nos jours on s'est remis à les traiter avec humanité, il ne faut point en faire honneur aux progrès de la science, mais bien aux progrès de la philanthropie et de la charité humaine. Ni Pinel, ni William Tuke, n'étaient à proprement parler des savants, c'étaient des philanthropes, des hommes de bien, et c'est pour cela qu'ils sont devenus des réformateurs.

V. — *Des perversions du sens moral dans la folie* ; par le D^r A.-B. Richardson (numéro de janvier). — On admet généralement que les dernières fonctions développées sont les pre-

mières à se perdre. Le sens moral, qui est une des manifestations les plus hautes et les plus complexes de l'état de civilisation, n'échappe point à cette règle, et l'on peut s'en convaincre en étudiant ce qui se passe dans l'aliénation mentale. L'aliéné n'a aucun souci de ce qui constitue la morale proprement dite, et il y a même telle catégorie d'aliénés chez qui les perversions du sens moral sont le principal et presque le seul symptôme de folie. Les individus de cette catégorie sont des débilés, des espèces d'imbéciles, et ils ont besoin d'être traités, internés dans des asiles et dirigés comme ceux qui sont atteints de toute autre forme de folie.

VI. — *Des hallucinations dans l'alcoolisme*; par le Dr Frederick W. Mann (numéro d'avril). — Ces hallucinations sont extrêmement variées et mettent les divers sens de l'alcoolique dans un état de trouble où il est possible de retrouver à la fois les visions fantasmagoriques engendrées par l'opium, les sensations imaginaires de l'ouïe et de la vue déterminées par l'atropine, les illusions de temps et d'espace nées sous l'influence du haschich, les aberrations auxquelles donne lieu la jusquiame.

Les hallucinations de la vue, dans l'alcoolisme, sont extrêmement variées, mais consistent le plus souvent dans la perception d'animaux aux formes étranges et terrifiantes. Celles de l'ouïe sont également nombreuses, sans avoir de tendances particulières. Celles du goût et de l'odorat sont plus rares; cela tient peut-être à ce que les impressions habituelles de ces deux sens, tout en étant souvent très vives, sont moins vivaces et passent assez rapidement pour que le souvenir n'en puisse être fixé.

Les hallucinations dans l'alcoolisme sont, à certains égards, un peu analogues aux sensations artificielles de l'hypnotisme, qui consistent surtout dans la représentation mentale plus ou moins vive de souvenirs ou d'impressions auxquelles l'état pathologique donne une amplification démesurée.

VII. — *Manie consécutive à l'emploi de l'éther comme anesthésique*; par le Dr W.-A. Gorton (numéro d'avril). — Deux observations, où le délire à forme maniaque s'est développé sous l'influence de l'éther, chez des individus qui s'étaient donnés à l'anesthésie en vue d'opérations dentaires. L'une concerne un jeune garçon de quatorze ou quinze ans; l'autre une femme de trente-deux ans. Le cas du premier est un peu complexe, parce que le sujet était un dégénéré, fils d'alcoolique. Mais chez l'autre personne on ne pouvait trouver ni prédispo-

sition, ni cause actuelle de trouble mental autre que l'inhalation de l'éther et l'espèce de perturbation cérébrale qui en est la conséquence.

VIII. — *Mécanisme de la folie*; par le Dr Edward Cowles (numéro d'avril). — Nous ne pouvons faire plus que de mentionner cette étude, œuvre de très longue haleine, continuée dans les numéros d'avril, juillet, octobre 1891, et qui ne paraît pas arrivée à sa fin. L'auteur étudie d'abord les phénomènes normaux de la conscience, qu'il met comme une sorte de réflexe entre la sensibilité et la motilité, sans qu'elle soit le lien de passage obligé de toutes les impressions sensorielles. Puis il établit comment la fatigue du mécanisme normal peut aboutir à de fausses impressions qui sont le point de départ de la folie.

IX. — *Manifestations singulières chez un enfant hystérique*; par le Dr A.-H. Harrington (numéro d'avril). — Un garçon de quinze ans reçoit sur la tête un violent coup de bâton. Le soir il mange et se couche comme à l'ordinaire. Mais la nuit suivante, on l'entend faire du bruit dans sa chambre, et on le trouve en train de frapper sur son lit, en proie à un état évident de grande colère. La même scène se reproduit plusieurs fois jusqu'au matin, sans que l'enfant paraisse s'apercevoir qu'il est entouré et surveillé. Son excitation devient telle qu'il faut trois ou quatre personnes pour le contenir. Le lendemain, pendant la journée, il a l'air d'aller très bien. Mais la seconde nuit les mêmes manifestations se reproduisent. Cela dure tout un mois sans amélioration; alors il devient méchant et impulsif, on est obligé de l'interner dans l'asile de Danvers. Là, après divers modes de traitement, on essaie de l'intimidation, et on le menace de le mettre en cellule s'il ne se tient pas tranquille. On réussit ainsi mieux qu'on ne s'y attendait, et à partir de ce moment les crises nocturnes cessèrent. Pendant deux ou trois mois encore l'enfant présenta un peu d'excitation nerveuse, qui finit par disparaître à son tour. Le Dr Harrington qualifie d'hystériques les crises ainsi produites. Mais cela seul suffit-il pour faire prononcer le mot d'hystérie? Ce qu'il faut considérer, c'est que l'enfant, en même temps qu'il avait été frappé, avait ressenti une grande crainte et une commotion morale très vive, et que ses crises pouvaient bien être dues à la perturbation de son état d'émotivité.

X. — *La chloralamyde comme hypnotique chez les aliénés*; par le Dr William Mabon (numéro d'avril). — L'auteur a essayé ce médicament chez vingt individus, dans des états

divers d'aliénation mentale, manie, mélancolie, démenée simple ou organique, et le considère, dans ses résultats, comme sensiblement inférieur au chloral et au sulfonal. Les doses employées variaient de 1 à 4 grammes; les plus fortes ne produisaient pas plus de quatre à cinq heures de sommeil. Parmi les inconvénients observés, il faut noter des nausées et une sorte d'état de vertige persistant après le réveil.

XI. — *Le sulfonal comme hypnotique*; par le D^r Owen Copp (numéro d'avril). — D'après son expérience, le D^r Copp estime que le sulfonal peut rendre service surtout dans les cas où l'insomnie ne s'accompagne pas de forte excitation; chez les individus très agités, au contraire, il est sans effet au moins dans la moitié des cas. La dose à employer est variable, suivant les individus et suivant le sexe; pour la femme, avec 50 centigrammes on peut obtenir du sommeil, tandis que pour l'homme, il en faut à tout le moins 1 gramme; à des doses doubles, on peut se heurter à divers inconvénients tels que céphalalgie, vertige, incoordination des mouvements des membres inférieurs, nausées, perte de l'appétit et autres.

XII. — *Coup d'œil sur la folie aux États-Unis*; par le D^r W.-W. Godding (numéro de juillet). — Discours prononcé devant l'Association des médecins aliénistes des États-Unis, en juin 1890. Le D^r Godding examine rapidement les progrès qu'a fait, dans son pays, tout ce qui concerne les aliénés, progrès énormes, aussi rapides, aussi étonnants que ceux qui y ont été accomplis en toutes choses dans le courant du XIX^e siècle. L'assistance des aliénés est de mieux en mieux comprise et peut-être que tous les États ne tarderont pas à entrer dans la voie où est entré récemment l'État de New-York, étendant à tous les aliénés, quels qu'ils soient, son aide et sa protection.

Le D^r Godding ne soutient pas cependant que tout ait été pour le mieux dans ce qui a été fait jusqu'ici et, non plus, qu'il ne reste désormais rien à faire. Il déplore qu'on ait construit des asiles trop luxueux, où l'on ait plus recherché la beauté des bâtiments que l'avantage des habitants. On eût mieux fait de faire moins beau et de faire plus ample; car aujourd'hui la plupart de ces asiles sont insuffisants et ne peuvent recevoir tous les aliénés qui en auraient besoin. Il déplore qu'en trop de circonstances la direction de ces asiles, tant administrative que médicale, ait été attribuée à des individus qui n'avaient d'autres titres que la faveur des hommes politiques, et dont la compétence en aliénation mentale était nulle.

Il voudrait qu'on arrivât à avoir des asiles distincts pour les curables et les incurables. Il engage les aliénistes à étudier à fond les nouvelles méthodes de traitement indiquées de divers côtés. Sans être partisan des moyens de contention, il déclare que cependant ces moyens sont indispensables dans certains cas et que, d'ailleurs, il ne faut en rien avoir des opinions préconçues ni des oppositions absolues et systématiques.

XIII. — *Sanité*; par le D^r R.-M. Bucke (numéro de juillet). — Ce mot est peu usité en français et c'est dommage, car il ferait pendant au terme *insanité*. Nous l'employons ici, n'en trouvant pas d'autre pour traduire le titre de l'article du D^r Bucke, article que d'ailleurs nous devons nous borner à mentionner. L'auteur y développe cette idée, qu'il envisage plus à un point de vue philosophique que médical, à savoir que chez l'homme réputé sain d'esprit, les idées et les sentiments ne reposent pas sur des bases plus solides que chez l'aliéné et ne sont pas plus raisonnés.

XIV. — *Rapports de l'attention avec les phénomènes hypnotiques*; par le D^r Charles W. Page (numéro de juillet). — C'est à l'attention que le D^r Page attribue les effets de la suggestion hypnotique sur l'organisme; c'est à elle aussi qu'il faut attribuer les effets produits par des agents de même sorte, qui n'ont été que les précurseurs de l'hypnotisme, comme le mesmerisme, le perkinisme. L'attention agit sur le système nerveux vaso-moteur et par lui donne les résultats quelquefois constatés. Cette manière de comprendre et d'expliquer l'action de la suggestion sur les phénomènes organiques en vaut d'autres, assurément; à tout le moins, elle a le mérite d'être simple; c'est celle qu'en Angleterre on désigne depuis longtemps sous le nom d'attention expectante.

XV. — *Est-il préférable que les asiles d'aliénés soient grands ou petits?* par le D^r C.-E. Wright (numéro de juillet). — En posant cette question, l'auteur dit qu'il n'a nullement l'intention de la résoudre, arguant de son incompétence. En effet, il ne donne pas de conclusions; cependant on saisit qu'il tient pour les petits asiles, étant admis que par ce terme, il faut désigner ceux qui reçoivent deux cents malades au plus, tandis que les grands en recevraient six cents au moins. Il constate, d'ailleurs, que la divergence des opinions n'est pas moindre sur ce sujet que sur celui de savoir ce qui vaut le mieux, des asiles à pavillons détachés ou des asiles à quartiers de classement réunis. Le principal avantage que peuvent présenter les petits

asiles, c'est de rendre plus efficace la surveillance du directeur ou du médecin chef et d'alléger les charges diverses qui peuvent peser sur eux.

XVI. — *La folie puerpérale est-elle une forme distincte de folie?* par le D^r W.-R. Worcester (numéro de juillet). — Huit observations servent de base à ce mémoire où l'auteur se montre d'avis, avec raison, que la question posée par lui doit être résolue d'une manière négative. Assurément, l'état puerpéral, à quelque moment qu'on le prenne, peut être un facteur très important dans la production de la folie. Mais on ne rencontre jamais, dans les états morbides ainsi déterminés, un ensemble de symptômes assez constants pour qu'on puisse en former un type déterminé. Dans la folie dite puerpérale, on trouve de tout, excitation ou dépression, délire varié, illusions ou hallucinations, impulsions de toute sorte, désordre plus ou moins généralisé. Ce qui est le plus habituel, toutefois, c'est l'excitation maniaque. Le D^r Worcester fait remarquer, avec beaucoup de justesse, qu'à défaut de renseignements on ne pourrait jamais, d'après l'état symptomatique, soupçonner que tel ou tel accès de maladie mentale provient de la puerpéralité.

XVII. — *Trépanation dans la paralysie générale*; par le D^r Charles G. Wagner (numéro de juillet). — L'idée première qui a suggéré l'emploi du trépan dans la paralysie générale, c'est que d'ordinaire, dans cette maladie, on trouve diminution du poids du cerveau et augmentation considérable du liquide sous-arachnoïdien. On pouvait espérer, en diminuant la compression due à ce liquide, amender également l'état morbide. Le D^r Wagner relate trois cas où le trépan fut appliqué dans ces conditions. Le premier est en date du 28 juillet 1889; c'est le D^r Harrison Criffe, de Londres, qui fit l'opération sur un malade du D^r Shaw. Le résultat sembla tout d'abord excellent, et l'on put croire à la guérison; mais, six mois après, survinrent des attaques convulsives qui déterminèrent la mort. Dans le second cas, qui relève du même opérateur, le trépan fut appliqué le 27 janvier 1890, et au 14 mai de la même année le malade fort amélioré après l'opération, continuait d'aller bien. Mais ce laps de temps n'est pas suffisant pour faire affirmer le succès de l'opération. Le troisième cas concerne un malade de l'asile d'Utica, ayant présenté de l'embarras de la parole, de l'excitation maniaque, un grand contentement de soi-même, qui eut au bout de peu de temps des attaques convulsives, et qui tomba ensuite dans un état de stupeur comateuse.

Le 16 mars 1890, on lui appliqua le trépan, en prenant tous les soins antiseptiques voulus. Tout d'abord, on crut à un heureux résultat, et le malade se montra moins affaibli; mais, au bout de trois semaines, alors que la plaie du trépan était guérie, il eut de nouveaux accès d'excitation, et mourut après quelques jours.

Ces faits ne sont pas de nature à justifier la trépanation dans la paralysie générale.

XVIII. — *A qui incombe le soin des aliénés indigents ?* par le D^r A.-R. Moulton (numéro d'octobre). — Après avoir rappelé un certain nombre d'abus et de traitements défectueux ou mauvais imputables à des établissements non surveillés par l'autorité publique, l'auteur conclut que « la meilleure méthode à suivre est celle où chaque Etat prend à sa charge le soin et l'entretien de tous ses aliénés indigents ».

XIX. — *Devoirs des médecins envers la société par rapport à l'aliéné*; par le D^r O. Everts (numéro d'octobre). — C'est aux médecins que le soin incombe d'éclairer la société sur ce qu'est véritablement l'aliéné; eux seuls, par leurs connaissances spéciales, sont capables de le faire et de distinguer avec certitude les manifestations de la folie. Ils doivent s'appliquer à faire rentrer sur le terrain purement psychologique, une foule de soi-disant « manies » qui ne sont que des vices.

XX. — *Erreurs subjectives ou signification de certains symptômes dans les maladies mentales*; par le D^r Joseph Droper (numéro d'octobre). — Par erreurs subjectives, l'auteur entend certaines impressions erronées que l'on trouve, soit au début, soit au cours des maladies mentales, et qui servent de base au délire; il indique, notamment, l'impression d'après laquelle les malades se croient traversés de courants électriques; ceci posé, disons qu'on ne voit pas, dans ce travail, quels sont les symptômes dont on doit étudier la signification. Ce qui est le plus clair, c'est que l'auteur examine d'une manière assez approfondie le mode d'action de certaines causes sur la production de l'aliénation mentale, notamment les excès de table et les abus vénériens. Les uns ou les autres commencent par produire de la fatigue de l'organisme, une sorte de neurasthénie qui porte surtout sur le système ganglionnaire; après cela, vient de la dépression; le malade se replie sur lui-même, s'étudie minutieusement, d'une manière plus ou moins consciencieuse, et donne à ses moindres impressions une importance exagérée; à ce moment, il est tout prêt à tomber dans l'aliénation mentale.

XXI. — *De l'analgésie dans la folie*; par le D^r J.-M. Keniston (numéro d'octobre). — La généralité des auteurs ne parlent que brièvement de l'analgésie chez les aliénés. Quelques-uns la croient rare. D'autres, parmi lesquels se range le D^r Keniston, la croient commune. Elle s'y rencontre à tous les degrés d'étendue ou d'intensité; elle peut être cutanée ou viscérale. On peut la trouver dans presque tous les états de folie; ceux où elle est le plus habituelle sont la folie épileptique, à la suite des accès; la paralysie générale dans ses dernières périodes, rarement à son début; la folie due à la syphilis ou à l'alcoolisme; la démence, la folie chronique, l'imbécillité et l'idiotie. Le D^r Keniston omet de mentionner la mélancolie sous toutes ses formes, où cependant l'analgésie est plus fréquente peut-être que dans n'importe quelle autre forme de folie. La constatation de ce symptôme est quelquefois difficile: on devra en soupçonner l'existence toutes les fois qu'on verra des aliénés supporter, sans douleur apparente, des maladies accidentelles, tumeurs, inflammations, ou des opérations habituellement douloureuses.

Le D^r Keniston termine son mémoire par six observations: d'un homme atteint de manie chronique qui avait un cancer de l'estomac et qui parut n'en jamais souffrir jusqu'à sa mort; d'une femme qui avait un sarcome au sein, et qui n'en souffrait pas, elle était démente; d'un autre homme, aussi dément, qui se fit au bras une large brûlure dont il ne parut pas s'apercevoir; d'une femme, maniaque, chez qui une pleurésie double n'avait donné que peu de réaction douloureuse; d'une démente à qui l'on découvrit fortuitement, au niveau de la clavicule, un abcès déjà étendu; d'un autre démente, enfin, qui se fit une fracture du col du fémur, et qui ne manifesta pas la moindre douleur.

D^r V. PARANT.

BIBLIOGRAPHIE

Cours psychiatrii (Cours de Psychiatrie); par S. S. Korsakoff, professeur extraordinaire de la Faculté de médecine de Moscou. 1 vol. in-8, 604 p. Imprimerie Kounscheroff, à Moscou, 1893.

Le cours de psychiatrie de M. Korsakoff est destiné aux étudiants : il tient compte, en effet, des exigences du programme officiel de la Faculté (1); en réalité, c'est plus qu'un Manuel et chez nous il porterait le titre de « Traité élémentaire des maladies mentales ».

Avant d'entrer dans l'étude de la psychiatrie proprement dite, l'auteur résume les données générales de la psychologie normale et expose brièvement, mais avec beaucoup de clarté, les phénomènes concernant : 1° l'intelligence; 2° les sentiments (émotions); 3° la volonté; 4° les éléments de la conscience et de la personnalité.

A la fin de ce chapitre, l'auteur relate la loi psychophysique de Fechner et les expériences de psychométrie dues surtout à Wundt.

Il faut remarquer que ce chapitre est basé sur les données de la psychologie physiologique; tout ce qui n'est pas du domaine des faits y est soigneusement évité. La psychiatrie proprement dite comprend deux grandes divisions :

- 1° La pathologie générale;
- 2° La pathologie spéciale.

La pathologie générale commence par une description des « états psychopathiques », parmi lesquels on trouve l'état mélancolique, maniaque, l'affaiblissement intellectuel (*dementia*), l'état de déséquilibre psychique, l'état de confusion mentale et enfin l'état paranoïque (*status paranoicus*). Nous dirons

(1) En Russie, il existe un examen spécial pour les maladies mentales.

quelques mots de ces deux derniers états, les autres étant suffisamment connus des lecteurs français.

La confusion mentale (*Amentia* de Meynert, *Verwirtheit*) est caractérisée par un trouble plus ou moins grand de la conscience, des perceptions erronées, des erreurs des sens et de la personnalité, notions perverses des lieux et du temps et troubles de l'idéation. Le malade est comme dans un état de rêve. L'*Amentia* se subdivise en :

a Etat de demi-rêve (*Dömmerszustand*, état crépusculaire);

b *Delirium commune furibundum et placidum*;

c *Stupor*, à côté duquel on trouve le *Status attonitus* (*attono*, j'abasourdis par le tonnerre).

Dans le *status paranoicus*, on trouverait au premier plan des idées morbides fausses concernant une partie seulement des choses et des événements. « Ces malades peuvent quand même vaquer à leurs occupations et, autrefois, on désignait cet état sous le nom de « monomanie », dit l'auteur; mais actuellement on a reconnu que chez ces malades, tout l'être psychique est en souffrance. » Il serait plus logique, dans ce cas, de ne pas donner place à un état qui n'a rien de caractéristique.]

Le chapitre qui suit est consacré à l'étude des troubles élémentaires de la vie psychique. L'auteur étudie les troubles qualitatifs et quantitatifs des divers éléments constitutifs de l'intelligence, de la conscience, des sentiments, de la volonté.

Nous allons donner un exemple de cette manière de faire. Sous la rubrique « Troubles quantitatifs de la sphère intellectuelle » on trouve :

1° Anomalies dans le nombre d'idées; 2° Modifications de l'intensité des idées et des représentations; 3° Troubles dans la marche des idées; 4° Troubles dans l'association des idées, etc.

Parmi les modifications qualitatives trouvent leur place: les altérations des perceptions, les troubles des sens (hallucinations et illusions), les diverses idées délirantes, les idées obsédantes, etc. Les troubles de la mémoire, de la volonté, sont étudiés de la même façon. En somme, un essai assez heureux d'application de la psychologie physiologique à l'analyse des symptômes dans les maladies mentales. L'auteur cite, en général, peu de noms; cependant il semblerait juste de nommer les auteurs grâce auxquels M. Korsakoff a pu parler d'une hallucination comme d'une *pensée projetée dehors* ou comme d'une *perception sans objet*.

Nous ne pouvons que mentionner les chapitres suivants, qui

concernent les troubles somatiques, les stigmates physiques de dégénérescence, l'anatomie pathologique, l'étiologie, la marche, le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies mentales. On y trouvera un résumé très au courant de toutes les acquisitions de la névropathologie et de la psychiatrie modernes.

Un chapitre spécial est consacré à la législation et à la médecine légale. En Russie, il existe actuellement 92 établissements pour les aliénés avec 11,450 places pour 100 millions d'habitants, ce qui fait 12 places pour 100,000 habitants, tandis qu'en Suisse, par exemple, pour le même nombre d'habitants, on trouve 172 places; ce qui prouve qu'il y a encore beaucoup à faire, en fait d'assistance des aliénés en Russie, mais le nombre d'asiles a augmenté rapidement pendant ces dernières années. Pour interner un malade, il suffit, d'après la loi russe, que le médecin de l'établissement constate la maladie et la nécessité de la traiter; le Préfet a le droit (dont il use rarement) de provoquer un examen du malade pour contrôler le médecin de l'asile. On est plus sévère pour les établissements privés.

Arrivons maintenant à la pathologie spéciale, à propos de laquelle nous allons parler aussi de la classification. M. Korsakoff, après avoir adressé quelques critiques aux classifications qui existent déjà et dont il n'est pas satisfait, en propose une nouvelle dont il est l'auteur. Il en est des classifications comme des goûts... Avec celle-ci nous en aurons une de plus et ce ne sera pas la plus pratique.

Disons, d'abord, qu'elle contient 47 divisions principales, sans compter les subdivisions. Elle comporte trois grandes classes. Dans la première, sont rangés les troubles psychiques, symptomatiques et transitoires, tels que : délire fébrile, *delirium nervosum* s. *traumaticum*, états comateux, ivresse, manie transitoire, somnambulisme, états impulsifs et hypnotiques, etc. Nous comprenons le désir de l'auteur d'attirer l'attention sur les délires liés aux états somatiques, mais il semblerait plus rationnel d'étudier les états hypnotiques, le somnambulisme avec l'hystérie, l'ivresse avec l'alcoolisme, les états impulsifs avec la folie impulsive, qui figure plus loin sous une rubrique spéciale.

La deuxième classe contient : 1° les psychoses (formes fondamentales) et 2° les constitutions psychopathiques.

Parmi les premières, on trouve : la manie, la mélancolie, l'*Amentia Meynerti* (que M. Korsakoff propose d'appeler *dys-*

noïa), et la *Paranoïa*. Nous avons déjà indiqué les caractères de la confusion mentale, qui est l'état fondamental de l'*Amentia*. Ajoutons que l'*Amentia* embrasse, d'après Meynert, le délire hallucinatoire et la démence aiguë curable de Krafft-Ebing et contient plusieurs autres variétés secondaires. (On sait que Krafft-Ebing place la paranoïa parmi les dégénérescences psychiques.) M. Korsakoff, qui désigne la principale forme de la paranoïa aussi sous le nom de délire chronique à évolution systématique, trouve que M. Magnan a tort de nier l'hérédité dans tous les cas de délire chronique à évolution systématique. À côté de cette forme qui est encore désignée par l'auteur sous le nom de « délire de persécution type », on trouve la *Paranoia quarulens* (chicanière), religieuse, érotique et autres. La description qu'en donne l'auteur n'en justifie pas l'existence propre, ce sont des simples variantes du contenu, de la couleur du délire. Quant à la *Paranoia quarulens*, M. Korsakoff fait justement remarquer « qu'on la rencontre presque exclusivement chez les dégénérés héréditaires » (p. 452). À ces psychoses fondamentales, l'auteur croit devoir ajouter : la *Vesania melancholica*, la *Vesania catatonica* et autres formes mixtes. Ce serait un mélange des symptômes de mélancolie avec ceux de la paranoïa. À la fin, comme état terminal, la *Paranoia secundaria* et la *Dementia secundaria*.

Deuxième division de la seconde classe ou constitutionnelles psychopathiques. — Là nous trouvons les psychoses périodiques et intermittentes ; l'auteur y confond ensemble l'étude de la folie périodique (type Baillarger, Falret, etc.), et les accès à répétition, comme les troubles psychiques survenant à chaque menstruation.

Vient ensuite la *Psychopathia degenerativa originaria*. L'auteur donne une bonne description de ce qu'on entend en France sous le nom de dégénérescence héréditaire et des syndromes épisodiques chez les dégénérés. Il décrit dans ce groupe la déséquilibration générale, la *Paranoia originaria*, les bouffées délirantes chez les dégénérés, les folies impulsives, morale, raisonnante, etc. On est tout étonné de trouver plus loin, après les psychoses neurasthéniques, les psychoses dégénératives-neurasthéniques dans lesquelles l'auteur range une *Psychosis ideo-obsessiva*, *Obsessiones morbidæ*, avec les idées obsédantes, la folie du doute, délire du toucher, cleptomanie, etc., etc. Nous ne nous expliquons pas trop comment M. Korsakoff ayant admis le groupe de psychopathie dégénérative et

héréditaire, en exclut tous ces syndromes qui en sont, pour ainsi dire, l'âme et les place dans un nouveau groupe dégénérativo-neurasthénique qui devient alors inutile.

Se placent ensuite les psychoses hystériques, épileptiques, choréiques, autres psychoses névrosiques, traumatiques proprement dites et neuro-psychoses traumatiques, troubles psychiques consécutifs aux maladies du cerveau et aux maladies mentales en particulier, les intoxications (alcoolisme, etc.).

La troisième division de cette même deuxième classe comprend les troubles psychiques à substratum organique. Nous relèverons dans ce groupe une forme spéciale qui a été décrite pour la première fois par M. Korsakoff, en 1887, sous le nom de psychosis polynévritique ou liée à des névrites périphériques multiples, suite, tantôt d'intoxications (alcoolisme, arsenic, ptomaïne, etc.), tantôt de maladies infectieuses (fièvre typhoïde). « Cette forme, dit M. Korsakoff, n'est pas encore admise par tout le monde, mais quiconque l'aura observée ne pourra lui nier une physionomie propre. » Nous sommes heureux de pouvoir dire qu'il nous a été donné de voir des malades de ce genre et que leur état mental présente, en effet, un ensemble de symptômes tout particulier.

Il y a d'abord une amnésie qui porte sur les faits tout récents : le malade oublie à l'instant ce qu'il vient de faire, raconte comme un fait nouveau ce qu'il vient déjà de vous raconter deux ou trois fois, et cependant il se rappelle très nettement tout ce qui s'est passé avant sa maladie ; ce n'est pas de l'amnésie sénile où les souvenirs s'effacent progressivement, à mesure qu'ils se rapportent à des faits de plus en plus éloignés ; ici il y a une limite nettement tranchée, comme cela arrive dans les traumatismes cérébraux. On observe aussi une inconscience, un défaut d'attention active, une faiblesse de raisonnement sur les faits présents, qui contrastent fortement avec la lucidité et la correction du jugement dès qu'il s'agit de raisonner sur des choses en dehors de la maladie actuelle. Les idées paraissent confuses, le malade est comme perdu, mais parlez-lui de sa profession, par exemple, et il vous donne des détails, des explications qui étonnent par leur précision. Avec les symptômes physiques, l'âge du malade, etc., on a un ensemble très caractéristique.

La troisième et dernière classe comprend les arrêts de développement psychique (débilité mentale, imbecillité, idiotie, crétinisme).

Les descriptions des différentes formes dont nous venons de parler se ressentent un peu de la trop grande multiplicité des subdivisions. En aliénation mentale, les tableaux cliniques se fondent les uns dans les autres, et quand on veut les séparer quand même, on brise, d'où des répétitions fréquentes, des redites et un manque de relief qui tient aussi à la méthode de description par trop analytique. C'est cependant cette méthode analytique qui a permis à l'auteur de donner à sa pathologie générale un cachet d'originalité incontestable. Tout en adressant des critiques peut-être un peu vives à la pathologie spéciale, nous n'ignorons pas combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'isoler et de décrire toutes les formes mentales qui s'enchevêtrent et s'entremêlent de façon à désespérer les plus habiles cliniciens. En somme, M. Korsakoff a écrit un bon livre qui sera consulté avec fruit par tous ceux qui voudront être au courant de l'état actuel de l'aliénation mentale en Russie et autres pays d'Europe et, de plus, c'est une œuvre véritablement personnelle.

D^r LWOFF.

Genesi fisiologica dell' epilepsia (Genèse physiologique de l'épilepsie); par le D^r Luigi Roncoroni. Clinique psychiatrique de l'Université de Turin. Extrait de l'*Archiv. di psichiatria*, vol. XIV, 1893.

C'est en partant de considérations sur la phylogénie du système nerveux que l'auteur, suivant surtout Herbert Spencer, s'est élevé à une conception synthétique de la physiologie^a pathologique de l'épilepsie. Le fondement et comme la pierre angulaire sur laquelle repose tout cet édifice, c'est l'activité antagoniste qui existerait entre ce que l'auteur appelle les « centres supérieurs » et les « centres inférieurs » du cerveau. Les premiers, qui ont pour substratum l'écorce, et peut-être aussi les ganglions sous-corticaux, se décomposent en territoires sensitivo-sensoriels et moteurs, et en « sphères subprimaires » (centres de la parole, de la lecture, de l'écriture, etc.) et « intermédiaires ».

On peut admettre, sans doute, que certains territoires de l'écorce cérébrale aient subi plus que d'autres les effets de la division du travail physiologique et aient atteint un plus haut

degré de différenciation, de spécialisation fonctionnelle. En tout cas, rien n'autorise l'auteur à distinguer, au point de vue des localisations, les centres corticaux de l'expression verbale, graphique, etc., de ces « centres supérieurs » qui seraient, selon lui, « diffus dans toute l'écorce cérébrale, surtout dans les lobes frontaux ». Quant aux fonctions psychiques par lesquelles l'auteur définit ces centres supérieurs, — critique, conscience, sens moral, volonté, mémoire, — je n'y puis voir qu'une simple collection de fossiles de la pensée scholastique, comme diraient, en Italie, Tanzi ou Vignoli. S'il est absurde de parler d'une localisation de la volonté, *a fortiori* ne saurait-on même discuter l'hypothèse d'un centre de la « conscience » et surtout de la « mémoire » !

Si les effets des deux circulations antagonistes de la base et de l'écorce du cerveau rendent très légitimes les déductions physiologiques et pathologiques sur l'alternance ou la coexistence de l'anémie et de l'hyperémie de ces vastes provinces de l'innervation centrale, rien n'autorise non plus M. Roncoroni à trouver, dans ce mécanisme vasculaire, la justification d'hypothèses qui étendraient aux ganglions de la base des fonctions psychiques de souvenir et de conscience.

Nous faisons des réserves non moins expresses quant à la prétention d'expliquer la hiérarchie fonctionnelle des centres nerveux par l'hypothèse d'actions de dynamogénie et d'inhibition. Cette hiérarchie, l'hypothèse de l'évolution l'explique d'une manière beaucoup plus simple, et sans doute plus vraie, comme l'indique Spencer.

Après ces critiques préliminaires, et avant d'exposer les idées toujours très suggestives de M. Roncoroni, sur la pathogénie de l'épilepsie, je ne dois pas oublier que, partout dans ce travail, qui n'est qu'un chapitre détaché d'un *Traité clinique de l'épilepsie*, encore inédit, l'auteur insiste sur l'unité fondamentale de l'épilepsie, de la délinquance et du génie. Cette doctrine repose, on le sait, dans l'école de Lombroso, sur l'examen comparé de la sensibilité, de la motilité, des fonctions organiques, des caractères anatomiques et psychologiques chez les épileptiques et chez les criminels. Quoique l'auteur n'oublie jamais, je le répète, d'insister sur l'identité de nature de l'épilepsie et de la délinquance, il ne présente pas et n'avait pas à présenter ici cette doctrine dans son ensemble. Je n'y ferai donc que quelques allusions discrètes, tout en reconnaissant qu'elle est toujours digne, cette doctrine, d'un nouvel examen,

et que Lombroso, qui en est le père, a quelquefois été plus mal inspiré.

Voici les trois principes fondamentaux de l'auteur, avec les deux corollaires qui en découlent :

1° Chaque groupe de cellules nerveuses exerce sur les autres deux sortes d'action, l'une dynamogène, l'autre inhibitrice (*actions modificatrices*) ;!

2° Ces actions sont d'autant plus énergiques et complexes (*actions directrices*) que les groupes cellulaires nerveux ou centres exercent des fonctions d'un ordre plus élevé ;

3° Une cause morbide agissant uniformément sur tout le système nerveux, les centres supérieurs sont le plus atteints, à cause de leur structure plus différenciée, plus complexe, plus délicate et de leur plus récente formation.

La facilité d'altération des centres supérieurs est en raison directe de leur degré d'évolution.

Corollaire I. — L'action directrice des centres supérieurs sur les autres centres nerveux étant beaucoup plus grande que celle des autres centres les uns sur les autres et sur les centres supérieurs (*deuxième principe*), et cette action directrice des centres supérieurs étant la première à s'altérer sous l'influence d'une cause morbide (*troisième principe*), elle est, en fait, celle dont les désordres déterminent les symptômes les plus graves et les plus manifestes.

Corollaire II. — Quand une cause morbide, agissant uniformément sur le système nerveux (*troisième principe*), empêche surtout l'action des centres supérieurs, en diminue ou en abolit l'action directrice, exercée normalement par ces centres sur les autres centres nerveux, ceux-ci recouvrent leur indépendance et réagissent automatiquement à la moindre excitation.

L'action élective des anesthésiques et des poisons de l'intelligence sur les fonctions les plus élevées et les plus complexes de l'innervation, l'effacement des idées morales ou sociales (c'est la même chose) dans certaines formes de dégénérescence mentale, dans certaines intoxications aiguës ou chroniques, dans la vieillesse, le sommeil, etc., sont des faits qui apparaissent avec un singulier relief dans l'épilepsie et dans l'hystérie. Partout et toujours, ce sont les régions les plus élevées du système nerveux, les plus instables, les moins bien adaptées, qui sont les plus vulnérables.

L'affaiblissement ou l'abolition temporaire des fonctions des centres supérieurs ou, encore, le degré de développement inférieur

de ces centres, tel qu'il existe chez l'enfant, la femme, le sauvage, assurent l'hégémonie, passagère ou permanente, des centres d'innervation de la vie organique et des formes les plus basses de la vie de relation (bulbe, moelle épinière, grand sympathique, cervelet, ganglions de la base). L'auteur insiste beaucoup sur l'indépendance fonctionnelle et l'automatisme de ces centres, ainsi affranchis; il attribue à cette anarchie l'activité désordonnée qu'ils manifestent alors. Mais, outre que la notion d'automatisme convient aussi bien, en dernière analyse, au mécanisme des fonctions les plus élevées de l'écorce qu'au moindre ganglion nerveux, il semble toujours qu'il situe ses « centres supérieurs » ailleurs que dans les territoires corticaux qui sont le substratum anatomique connu des convulsions, des hallucinations, des impulsions, de l'épilepsie ou des états mentaux qu'il identifie à cette névrose.

Rien à dire des expériences sur les conditions variées de la production de l'« épilepsie motrice » : elles ne sont pas publiées ici; les résultats sont peu différents de ceux auxquels sont arrivés, en Italie, Seppilli et Luciani. Notons seulement que, selon Roncoroni, l'épilepsie est due à deux facteurs concomitants : 1° diminution de l'action directrice des centres supérieurs par l'effet d'une cause morbide; 2° augmentation de l'excitabilité des centres subordonnés, souvent déterminée par la même cause, laquelle, dans l'épilepsie dite idiopathique, est primitive, héréditaire, non de nature inflammatoire (Chaslin).

La variété des manifestations de l'épilepsie ne saurait en dissimuler l'unité fondamentale : depuis l'absence et le vertige jusqu'aux hallucinations, aux convulsions, à l'automatisme ambulateur, etc., un seul mécanisme rend compte de tous les processus. Le petit mal, par exemple, est identique au grand mal : l'affaiblissement passager ou l'inhibition des fonctions des centres supérieurs amène, suivant le degré de ces troubles et l'état de tension des centres inférieurs, des convulsions généralisées ou un simple vertige, une absence, suivie parfois d'une sensation de lassitude qui peut aller jusqu'à la stupeur.

Ce qui distingue l'hystérie de l'épilepsie, c'est que, chez celle-ci, ce sont presque toujours les mêmes centres nerveux inférieurs dont l'action désordonnée se manifeste, tandis que dans l'hystérie, les centres devenus automatiques durant l'accès sont très variables et varient d'un moment à l'autre, selon l'état actuel du système nerveux central. La même différence existerait entre l'hystérie et l'épilepsie qu'entre le délire simple

et le délire systématisé. « L'épilepsie est une hystérie systématisée », et c'est ce qui en fait la gravité, en regard de l'hystérie. L'absence ou le caractère atténué de la phase tonique des convulsions prouverait, non moins que la conservation de la conscience durant les attaques, que, dans l'hystérie, les altérations des centres supérieurs et la tension des centres inférieurs sont moindres que dans l'épilepsie.

Dans la *délinquance*, au contraire, la lésion atteint surtout, comme dans l'épilepsie, les centres supérieurs, et cette lésion est souvent aussi héréditaire. Les impulsions homicides, etc., l'automatisme des actes, le somnambulisme, etc., attestent, dans les paroxysmes, l'identité de la criminalité avec l'épilepsie, avec cette réserve toutefois que, chez les criminels, « les centres moteurs ne sont pas anormalement excitables ». N'oublions pas que la délinquance est en quelque sorte physiologique dans l'enfance, les centres supérieurs, qui ont apparu les derniers dans l'évolution phylogénique, apparaissant aussi les derniers dans le développement ontogénique.

Le *sex*e comporte des considérations du même genre. En Italie, l'épilepsie est beaucoup moins fréquente chez la femme que chez l'homme. En outre, cette névrose se manifeste presque toujours, chez elle, sous des formes moins élevées (Tonini.) Ces deux circonstances, la moindre fréquence de l'épilepsie et l'infériorité des formes où on l'observe, Roncoroni les rapporte au développement inférieur des centres nerveux supérieurs chez la femme. Toutefois, comme l'hyperexcitabilité des centres inférieurs a presque autant d'importance dans la pathogénie de l'épilepsie, et que, de l'aveu de tous, ces derniers centres sont plus développés chez la femme, y jouissent d'une indépendance et d'une autonomie d'autant plus grande que les centres supérieurs sont moins puissants et moins différenciés, n'en devrait-il pas résulter que l'épilepsie doit être aussi fréquente, sinon plus fréquente, chez la femme, même abstraction faite des causes physiologiques d'excitation (ménstruation, grossesse, accouchement, etc.) qui lui sont particulières?

Cette même infériorité d'évolution des centres supérieurs se montre encore dans le nombre et dans la nature des délits ou des crimes commis par la femme (1). La prostitution me pa-

(1) Cf., de M. Roncoroni, *Influenza del sesso sulla criminalità in Italia. Archivio di psichiatria...*, vol. XIV.

rait bien, comme à l'auteur, une sorte d'équivalent du délit. L'épilepsie est, en effet, plus fréquente chez les prostituées que chez les simples délinquantes, voleuses, etc. Mais, si la médiocrité des centres supérieurs, en les rendant moins vulnérables, préserve la femme en général de quelques formes particulièrement complexes de la folie, telles que la paralysie générale progressive, la plus grande excitabilité des centres « subprimaires, intermédiaires et inférieurs », y favorise l'apparition de l'hystérie, de la manie, etc. Des causes d'ébranlement du système nerveux bien moins intenses, les menues misères de l'existence, affectant d'ordinaire la femme plus fortement que l'homme, créeraient cet état spécial de nervosité qui fait dire au vulgaire que « la femme est plus nerveuse que l'homme ». Je ne puis insister sur la genèse des caractères de dégénérescence et sur les anomalies fonctionnelles que présentent les épileptiques. L'auteur s'écarte à cet égard un peu des théories de Lombroso.

Je termine en appelant l'attention sur les pages consacrées aux *phénomènes de l'attaque d'épilepsie*. L'auteur explique très bien comment la perte de conscience résulte, dès le début de l'accès, de l'altération des centres supérieurs, les moins anciennement organisés, et chez lesquels les processus conscients sont naturellement à leur maximum. Mais quelle cause amène la fin de l'accès? L'épuisement et l'asphyxie des centres nerveux, dit-on. Sans doute; mais comment expliquer, dans cette hypothèse, la répétition des attaques dans l'état de mal épileptique ou hystérique, dans l'éclampsie, etc.? Le mécanisme de ce phénomène, l'auteur croit l'avoir trouvé dans l'*intermittence* des actions d'arrêt, dont sont frappés les centres supérieurs. Lorsque, sous l'influence de quelque action réflexe, ces centres nerveux recouvrent leur pouvoir d'inhibition sur les centres inférieurs, déjà en partie épuisés et asphyxiés, ils arrêtent leur activité désordonnée. Mais si les centres supérieurs ne ressaisissent que momentanément leur puissance, ou ne sont plus capables de la garder, les centres inférieurs, qu'aucun frein ne tempère plus, s'emportent en quelque sorte, et disloquent ce char dont ne tient plus les rênes l'aurige que Descartes avait assis dans la glande pinéale. Bref, c'est l'état de mal épileptique ou hystérique. L'existence du criminel-né, chez lequel cette manière d'éclipse des centres supérieurs est presque permanente, a été comparée « à un accès d'épilepsie prolongée pendant toute la vie »! L'intermittence

des phénomènes d'arrêt des centres supérieurs expliquerait ainsi, en même temps que la répétition des attaques d'épilepsie, les accès du génie et les impulsions des criminels.

JULES SOURY.

Atrophy of the cerebellum in a cat (Atrophie du cervelet chez un chat); par le D^r en philosophie W. O. Krohn. Extrait du *Journ. of nerv. and ment. disease*, oct. 1892.

Le sujet de cette étude d'anatomie pathologique et de pathologie comparée est un jeune chat qui, à l'âge de trois mois, présenta tout à coup les symptômes d'une paralysie presque complète des membres postérieurs. Les jours suivants, lorsque ces symptômes s'amendèrent, on nota un certain nombre de troubles qui persistèrent (lésions de déficit) : incoordination motrice des extrémités postérieures, que l'animal levait trop haut en marchant et lançait en avant; ces extrémités étaient amaigries. Les mouvements intentionnels de la tête et de la nuque provoquaient des spasmes dans ces régions. Il existait un tremblement généralisé, qu'augmentaient certains mouvements. Les yeux étaient normaux. Le chat miaulait et ronronnait. Ces phénomènes ont pu être observés jusqu'à l'âge de onze mois, époque où l'animal fut apporté par le D^r Benner au laboratoire de neurologie de l'Université de Clark.

Autopsie : cerveau, moelle épinière et nerfs périphériques normaux, mais atrophie du cervelet. Cet organe fut comparé à des cervelets normaux de chats de trois mois, époque de l'attaque, qui servirent constamment de contrôle. Pour déterminer l'épaisseur de la couche moléculaire du cervelet, entre la face interne de la pie-mère et la couche des cellules de Purkinje, les mensurations portèrent sur le sommet des foliums, sur les deux versants opposés des sillons et sur la vallée de chaque sillon. Pour l'examen microscopique, d'ailleurs assez sommaire, de la pie-mère et des vaisseaux, de la couche moléculaire, de la couche des cellules de Purkinje, de la couche des granulations, de la substance blanche du cervelet, et de la moelle épinière, on doit recourir au texte de l'auteur. Notons seulement qu'il existait quelques fibres dégénérées dans le faisceau de Burdach, surtout dans les régions cervicales et lombaires, sans trace d'hémorragie ni de processus inflammatoires. La couche moléculaire

de ce chat ataxique était beaucoup plus mince que chez des chats normaux de trois mois, ainsi qu'on le voit par le tableau donné par M. Krohn. Quant au mode de répartition dans l'écorce des cellules de Purkinje, qui, chez le chat ataxique, étaient rares et très atrophiées, présentant tous les stades de dégénérescence, l'auteur a constaté que, à l'état normal, ces cellules étroitement pressées aux sommets des circonvolutions, diminuent en nombre vers la base des sillons et s'espacent de plus en plus au fond des vallées. Dans la dégénérescence des cellules de Purkinje, les prolongements les plus éloignés du corps cellulaire seraient les premiers atteints, celui-ci s'atrophie ensuite, perd son noyau et son nucléole. La couche des granulations et celle de la substance blanche n'offraient guère de différences appréciables chez l'animal ataxique. D'arrêt de développement, il ne pouvait être question; il s'agissait bien d'atrophie aiguë du cervelet.

JULES SOURY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Recherche periopmetrice sui degenerati (Recherches périopométriques chez les dégénérés); par le D^r Sante de Sanctis, adjoint de la clinique psychiatrique de Rome. Broch. in-8° de 63 pages avec planche. Extrait des *Annali di Freniatria e scienze affini*. Turin, 1893.

— Des faux témoignages des aliénés devant la justice. Rapport au Congrès des médecins aliénistes des pays de langue française (session de la Rochelle, 1893); par le D^r A. Cullebre. Broch. in-8° de 35 pages. La Rochelle, 1893.

— Syphilis et paralysie générale; par le D^r Georges Dengler, interne à l'asile de Maréville. Broch. in-4° de 96 pages. Thèse de Nancy, 1893.

— Les nouvelles recherches sur les éléments nerveux; par J. Dagonet, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne. Broch. in-8° de 47 planches avec figures. Paris, Octave Doin, 1893.

— Compte général de l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1889, présenté au Président de la République par le Garde des sceaux, ministre de la justice. 1 vol. in-4° de 172 pages. Paris, Imprimerie nouvelle, 1893.

— Influence du travail intellectuel sur les variations de quelques éléments de l'urine à l'état physiologique; par le

D^r Henry Thorion, ancien chef des travaux chimiques à la Faculté de Nancy. 1 vol. in-8° de 120 pages avec planches. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1893.

— La névrose traumatique. Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer et les traumatismes analogues; par le D^r Ch. Vibert. 1 vol. in-8° de 171 pages. Paris, J.-B. Baillière, 1893.

— Mutismo accessuale in donna alienata da stato allucinatorio del centro verbale psico-motore. Nota clinica (Note clinique sur un cas de mutisme par accès chez une femme aliénée, consécutif à l'état hallucinatoire du centre verbal psycho-moteur); par le D^r Arnaldo Pieraccini. Broch. in-8° de 11 pages Extrait de la *Rivista sperimentale di frenistria*, 1893.

— On sporadic cretinism (Un cas de crétinisme sporadique); par le D^r William W. Ireland. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait du *Edinburg Medical Journal*, mai 1893.

— Il trionfo nelle malattie mentali. Osservazioni cliniche e terapeutiche (Le trionfo dans les maladies mentales. Observations cliniques et thérapeutiques); par les D^{rs} Pelanda Giulio et Cainer Alessandro. Broch. in-8° de 35 pages. Extrait de la *Riforma medica*, mai 1893.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1892; par le D^r Bourneville, avec la collaboration de MM. Dauriac, Ferrier et Noir, internes de service, tome XIII. 1 vol. in-8° de 368 pages avec 37 figures dans le texte et 15 planches. Paris, bureau du *Progrès médical*, 1893.

— Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het jaar 1892, ingezonden aan de Commissie van Tadzicht over genoemt Gesticht (Rapport sur l'asile de Meerenberg pour l'année 1892, présenté à la Commission de surveillance de l'établissement); par le D^r Vau Deventer, directeur-médecin. Broch. in-8° de 115 pages. Harlem, 1893.

— Congrès annuel de médecine mentale. Session de Blois, 1892, Comptes rendus publiés par les D^{rs} Doutrebente et Thivet. 1 vol. in-8° de 431 pages. Blois, 1893.

— Verslag omtant het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen te Utrecht over het jaar 1892 (Rapport sur le service médical de l'asile d'aliénés d'Utrecht pour l'année 1892); par le D^r Th. Moll, médecin-directeur. Broch. in-8° de 97 pages. Utrecht, 1893.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Décret du 13 juillet 1893 : Sur la proposition du garde des sceaux, ministre de la justice, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur M. le D^r MÔTET, médecin-expert près le tribunal de première instance de la Seine. Chevalier, d'octobre 1871.

— *Décret du 2 août 1893 :* M. JOFFROY, agrégé libre près la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris.

NÉCROLOGIE.

PROFESSEUR J.-M. CHARCOT. — La France vient de perdre un de ses plus illustres médecins, un des savants qui, par leur enseignement et leurs travaux ont le plus contribué au progrès des sciences médicales en ce dernier quart de siècle : M. le professeur J.-M. Charcot est mort subitement, le 16 août dernier, dans sa soixante-huitième année, durant une excursion qu'il faisait dans le Morvan, avec deux de ses collègues de la Faculté, MM. Debove et Straus.

L'œuvre de Charcot est considérable; il est peu de parties de la médecine auxquelles ce maître éminent n'ait apporté quelques contributions; il en est même quelques-unes qu'il a complètement renouvelées. Mais c'est dans la pathologie du système nerveux qu'il a été surtout un novateur; il a apporté la lumière là où n'existait jusqu'à lui que la confusion, le chaos. Pour bien faire ressortir les immenses services rendus par Charcot dans cette étude si difficile et si délicate de la pathologie nerveuse, il faudrait employer la méthode comparative; qu'on recherche ce qu'était la science avant lui et qu'on voie ce que l'ont faite et les travaux du Maître et ceux de ces élèves qu'il a inspirés; il n'est pas douteux que d'une telle comparaison, la gloire de Charcot sortira agrandie encore et indiscutée. Est-il besoin de donner des exemples? Quel est le médecin, ayant les notions historiques les plus élémentaires de son art, qui ne connaisse l'état, en quelque sorte rudimentaire, où se trouvaient il y a une trentaine d'années, nos connaissances sur les maladies de la moelle, sur les localisations cérébrales, sur

l'hystérie, sur l'hypnotisme, etc., et les transformations qu'elles ont subies grâce aux travaux de l'Ecole de la Salpêtrière ?

Charcot était un observateur patient et sagace; il suivait longuement ses malades, étudiant et analysant avec soin les symptômes qu'ils présentaient, sachant bien qu'aucun des détails ainsi recueillis ne seraient inutiles le jour où se ferait l'autopsie, et qu'il faudrait comparer le tableau clinique aux lésions constatées. Cette *méthode anatomo-clinique*, il la maniait merveilleusement; mais aussi, que de difficultés elle présente lorsqu'il s'agit de l'appliquer à l'étude des maladies nerveuses, de cet ensemble d'affections qu'on s'accordait à considérer sans lésions! Charcot qui proclamait que « les principes qui régissent l'ensemble de la pathologie sont applicables aux névroses et que, là aussi, on peut chercher à compléter l'observation clinique en pensant anatomiquement et physiologiquement », — Charcot ne se laissa rebuter, ni par les difficultés, ni par les critiques. Travailleur obstiné, il poursuivit son but et l'œuvre considérable qu'il a laissée prouve que la méthode est excellente, et que son intervention largement acceptée est une condition essentielle de progrès.

L'œuvre de Charcot, avons-nous dit, est considérable; nous avons déjà fait mention de ses travaux sur les maladies de la moelle, sur les localisations cérébrales, sur l'hystérie et l'hypnotisme; nous ne saurions oublier ceux, si importants au point de vue de la psychologie et de la psychiatrie, sur l'aphasie, sur la cécité verbale, etc., où il s'est montré maître accompli dans l'analyse du mécanisme de la fonction du langage.

Charcot a laissé de nombreux élèves; ils ne laisseront pas s'éteindre le flambeau de la science qu'il leur a remis entre les mains. C'est un devoir pour eux de faire fructifier l'enseignement du maître et d'augmenter le capital scientifique qu'il a laborieusement accumulé pendant sa longue et laborieuse existence.

A. R.

D^r EM. BLANCHE. — Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort du D^r Blanche, décédé le 15 août dernier, dans sa soixante-treizième année, après une longue et douloureuse maladie.

Le D^r Blanche était une des figures les plus connues et les sympathiques du corps médical de Paris. Il avait acquis une très grande réputation comme aliéniste et comme médecin légiste; mais ce qu'on ignorait généralement, c'est qu'il était l'homme le plus bienfaisant, le meilleur, toujours prêt à rendre service à ceux qui s'adressaient à lui. On l'a bien vu à ses obsèques où se pressait une foule d'amis, de collègues, d'obligés, de malheureux, venant tous rendre un dernier et pieux hom-

mage à celui que tout Passy, tout Autcuil ne connaissaient que sous le nom de bon docteur Blanche.

De nombreux discours ont été prononcés sur la tombe de notre si regretté collègue; nous reproduisons les trois suivants, qui nous font tout spécialement connaître l'aliéniste, le médecin légiste, et nous apprennent les services qu'il a rendus à notre Association mutuelle, dont il a pris la présidence après la mort de notre maître Baillarger.

*Discours de M. le D^r ANT. RITTI au nom de la Société
médico-psychologique.*

Messieurs, l'implacable mort frappe à coups redoublés dans les rangs de la Société médico-psychologique. Depuis six mois les deuils succèdent aux deuils : après Pichon, un des membres les plus distingués de cette jeune génération de médecins aliénistes, formée par la lutte des concours, le professeur Ball, cœur généreux et intelligence d'élite, qui eut l'honneur de créer à la Faculté de médecine, — on sait avec quel succès, — l'enseignement officiel des maladies mentales. Hier, c'était Delasiauve, notre vénéré doyen, cette belle et noble figure, dont nous conservons tous le pieux souvenir ; aujourd'hui, nous pleurons la perte douloureuse du D^r Blanche, qu'un mal cruel et inexorable enleva à l'affection de sa famille et de ses nombreux amis.

L'existence de notre regretté collègue est admirable de simplicité et d'unité ; elle peut se résumer en deux mots : dévouement pour les aliénés. Cette vertu était chez lui héréditaire ; elle se développa encore par l'éducation, par le soin constant du mieux, ce stimulant si vif du progrès intellectuel et moral.

M. Blanche fit des études médicales brillantes. Nommé interne des hôpitaux au concours de 1845, il soutint sa thèse de doctorat en 1848. Elève de Baillarger à la Salpêtrière, il avait vu fonctionner la sonde au double mandrin en fer et en baleine que cet éminent aliéniste avait inventée pour surmonter les obstacles et prévenir les accidents du cathétérisme œsophagien chez les aliénés sitiophobes. A ce double mandrin il substitua un mandrin articulé, et trouva ainsi le moyen de simplifier un procédé, excellent en principe, mais trop compliqué. C'est cette modification qui fait le fond de sa dissertation inaugurale ; elle est décrite avec une clarté, une sobriété de style peu communes, surtout chez un débutant.

Dès le lendemain de la soutenance de sa thèse, il devint le médecin de la maison de santé fondée par son père. Sous son habile direction, cet établissement acquit une réputation universelle et justement méritée. C'est qu'il le dirigeait autant avec son cœur qu'avec son intelligence. A ses malades il prodiguait

ses soins les plus dévoués, les plus affectueux, avec une complète abnégation de soi-même, n'épargnant ni son temps ni sa peine; les parents de ces infortunés, que la douleur accablait, qui souvent étaient obligés aux plus pénibles confidences, trouvaient auprès de lui les consolations les plus tendres; il était le véritable médecin de l'âme qui sait, avec une exquise délicatesse, cicatriser les plaies les plus vives en y versant le baume de l'espérance ou de la résignation.

Les connaissances cliniques acquises dans ce contact journalier, et pour ainsi dire de tous les instants, avec les aliénés, lui furent du plus grand secours lorsqu'il fut nommé expert près les tribunaux. M. Blanche ne tarda pas à devenir un des maîtres de la médecine légale des aliénés; sa parole faisait autorité dans ces difficiles questions de responsabilité, questions d'autant plus délicates, que l'on se trouve souvent aux prises avec la simulation et la dissimulation, que, grâce aux constants progrès de la science, les limites entre la criminalité et la folie ne sont plus aussi nettement marquées qu'autrefois.

M. Blanche qui se laissait peu séduire par les théories, préférait le terrain solide des faits. Les nombreuses observations cliniques, qu'il avait réunies, lui permirent d'élucider un des problèmes longtemps controversés de notre science. On sait qu'Esquirol admettait une monomanie homicide; on sait aussi que la création de cette entité morbide était le plus grand argument des adversaires de la compétence des médecins aliénistes dans les questions judiciaires relatives à la folie. M. Blanche, les faits à la main, démontra d'une façon irrécusable qu'il n'existe pas une *maladie* se manifestant par le *seul instinct aveugle* de tuer, mais qu'au contraire l'*acte homicide* est un *symptôme* d'aliénations très diverses. Le livre qu'il consacra au développement de cette vérité clinique est à tous égards excellent; les rapports médico-légaux, qui y abondent, sont des modèles du genre, en même temps que des documents d'une grande portée scientifique.

Cet ouvrage ouvrit à M. Blanche les portes de l'Académie de médecine. Rappellerai-je le rôle prépondérant qu'il joua dans toutes les questions relatives à la médecine mentale, qui en ces dernières années, ont été discutées devant la savante compagnie? Ses rapports furent universellement goûtés pour la clarté de l'exposition, la justesse des idées, la netteté des conclusions; nos législateurs les ont lus et en ont profité. Notre collègue a donc fait œuvre utile et bien mérité de la science à laquelle il a consacré sa vie.

Cette haute situation à laquelle il était arrivé, M. Blanche n'en jouissait pas en égoïste, il la mettait avec empressement au service de ses confrères, jeunes ou vieux, des sociétés savantes

dont il faisait partie, des associations de bienfaisance qu'il aidait ainsi de son influence en même temps que de sa bourse. Alors que la maladie ou ses nombreuses occupations l'empêchaient de trop se prodiguer, on le trouvait toujours prêt lorsqu'il s'agissait de quelque démarche à faire — fût-elle des plus pénibles — en faveur d'un malheureux. M. Blanche était, en effet, la bonté, la bienveillance même; il aimait à faire le bien, à rendre service; il prenait part aux malheurs des autres et s'ingéniait à leur rendre plus léger le fardeau de leurs peines.

Ceux qui n'ont connu M. Blanche que dans ces dernières années, quand le mal, qui déjà le rougeait, semblait lui aigrir le caractère, l'auraient volontiers pris pour une nature brusque et chagrine; cette humeur n'était que de surface. A qui trouvait le chemin de son cœur il découvrait des trésors inattendus de tendresse et de dévouement; toujours prêt à stigmatiser les vices du temps, il connaissait trop la vie et ses difficultés pour ne pas trouver des excuses aux faiblesses des individus. Aussi tous ceux qui sont entrés dans son intimité conserveront-ils de lui le souvenir du meilleur des hommes, qui a pu se dire en mourant : Je ne laisse pas un ennemi.

Au nom de la Société médico-psychologique dont vous êtes un des membres fondateurs, dont vous avez été un des présidents, je viens, cher et vénéré maître, vous dire un dernier, un suprême adieu.

*Discours de M. le Dr MOUTET au nom de la Société
de médecine légale.*

Messieurs, je viens, au nom de la Société de médecine légale de France, apporter ici l'expression de nos regrets, de notre douleur profonde.

La mort, depuis quelque temps, est impitoyable pour nous : chaque jour, c'est un deuil nouveau; elle nous enlève coup sur coup, les meilleurs, les plus aimés, les plus respectés de nos collègues, de nos maîtres; elle semble choisir les têtes les plus hautes, comme si elle voulait qu'autour de nous les vides qu'elle creuse restent béants, s'étendent et laissent plus cruel, dans nos cœurs troublés, le sentiment de nos pertes irréparables.

Personne plus que moi, parmi ses collègues, ne devait souffrir de cette mort rapide, presque imprévue, de M. le Dr Blanche : et, venu pour saluer une dernière fois celui qui fut, il y a quelques années, Président de la Société de médecine légale de France, je suis presque malgré moi porté à parler moins du collègue que de l'homme qui m'honora de son amitié.

Ensemble nous avons travaillé, et dans cet échange si longtemps continué de nos idées, j'ai pu apprécier à leur haute

valeur, les qualités d'un homme de grand cœur, dont la vie se pourrait résumer en quelques mots : Dévouement absolu à la science, à l'humanité.

Parler de la carrière scientifique de Blanche au bord de cette tombe, je ne m'y sens pas préparé : je ne pourrais l'esquisser qu'à larges traits, et, d'ailleurs, je suis tout entier sous l'émotion poignante de la séparation, il n'y a place dans mon cœur que pour le souvenir, pour les regrets ; c'est, hélas ! dans les souvenirs qu'il nous faudra désormais nous réfugier, c'est eux que j'évoque aujourd'hui. Je me souviens qu'il y a maintenant vingt-cinq années, deux hommes m'ont pris par la main et m'ont conduit dans la voie qu'ils avaient si dignement parcourue ; Lasèque et Blanche, l'un, incomparable maître, l'autre, indulgent ami ; ils ont, avec une égale bienveillance, guidé mes premiers pas, dissipé mon inexpérience par l'enseignement si sûr de leur savoir, par l'exemple de leur probité scientifique.

C'était un devoir pour moi d'apporter ici l'hommage de ma respectueuse reconnaissance et d'associer, même dans la mort, le nom de ces deux maîtres, auxquels je sais que je dois tout.

C'est la médecine légale qui nous a rapprochés ; ce fut une des joies de ma jeunesse d'être reçu dans cette maison hospitalière de Passy, où se réunissaient des hommes qui ont, ou qui ont eu, car combien de disparus ! un nom dans la science, dans les lettres, dans les arts, de m'asseoir à cette table que Blanche présidait avec une bonne grâce, une simplicité touchante. Nul apprêt, la causerie familière des esprits les plus délicats et, par-dessus tout, l'accueil bienveillant de M^{me} Blanche, l'âme de cette grande maison, qui avait pris pour elle seule les soucis d'une administration dont les mille détails ne l'effrayaient pas, laissant au médecin la tâche déjà si lourde du soin de ses malades.

C'était pour eux que Blanche réservait les trésors de son cœur compatissant. Plus occupé d'eux que de lui-même, il vivait au milieu d'eux et pour eux. Il n'allait jamais, à la fin d'une journée pourtant bien remplie, prendre le repos auquel il avait droit, sans s'être assuré que tout était calme, que tout était attentivement surveillé dans sa maison, jamais on ne poussa plus haut le sentiment de la responsabilité, jamais personne n'a plus que lui subordonné sa vie à ce qu'il considérait comme le devoir. Aussi cette maison qu'il tenait de son père, il a su si bien la faire sienne, qu'elle est partout connue sous son nom, qu'elle représente, sous une synthèse partout acceptée, l'asile des malheureux qui ont perdu, comme dirait le Dante, « le grand bien de l'intelligence. »

C'est qu'on savait, c'est qu'on sait toujours, et ce fut l'une de ses consolations dernières, d'avoir remis entre des mains

qu'il avait choisies, qu'il jugeait dignes de continuer sa tradition, cette maison qu'il aimait tant; c'est qu'on sait, dis-je, qu'il y a là des médecins qui couvrent de leur protection, de leur constante sollicitude les malades auxquels leur vie tout entière est dévouée. Blanche avait pour eux de consolantes paroles. Il les traitait avec une douceur, une bonté qui les réconfortaient; et, dans ce milieu où les passions sont parfois si vives, où les excitations tumultueuses des délires sont si intenses, où les revendications se produisent sous une forme souvent violente, si agressive, il n'y eut presque jamais de ces plaintes retentissantes qui jettent partout l'émoi, et laissent croire à des erreurs, à des abus. Je n'ai souvenir que d'une seule; elle fut accueillie comme elle méritait de l'être par les magistrats, dont le devoir était de la retenir, ne fût-ce que pour montrer combien elle était ridicule et vaine.

Personne n'avait plus que Blanche, le respect de la liberté individuelle, personne n'était plus scrupuleux que lui quand il s'agissait de décider s'il y avait lieu de conseiller l'internement d'un aliéné. L'Académie de Médecine le savait bien, lorsqu'au moment de la discussion au Sénat du remarquable rapport de M. Théophile Roussel, elle le chargea d'une étude sur la loi de 1838. Blanche n'hésita pas à dire ce qu'il fallait penser des injustes attaques dont cette loi est périodiquement l'objet, à demander qu'on en conservât l'esprit, à démontrer que si, sur quelques points de détail, elle pouvait être modifiée, elle devait rester dans ses grandes lignes comme l'une des lois les meilleures, les mieux préparées, les mieux discutées, les plus protectrices, de nos Codes. Il n'eut pas de peine à faire accepter ses idées, tant était grande la confiance qu'inspiraient et sa longue pratique, et sa compétence comme médecin légiste.

Médecin légiste! Il le fut pendant près de quarante années. Il n'y eut pas pendant cette longue période une seule affaire grave, dans laquelle il ne fût appelé à intervenir. On avait en lui une confiance sans bornes, parce qu'on savait que ses avis étaient toujours fondés sur l'étude la plus consciencieuse des faits soumis à son examen. Sa grande expérience, la droiture de son jugement, son honnêteté, lui donnaient une autorité indiscutée. Il apportait, dans la pratique de la médecine légale, les principes qui ont dirigé toute sa vie.

Dans ces difficiles problèmes où tant d'intérêts sont en jeu, où nous savons que nous tenons au bout de notre plume l'honneur, la liberté, quelquefois la vie d'un homme, nous sommes souvent pris d'un terrible émoi, lorsqu'il s'agit de déterminer le moment précis où la raison disparaît, où la folie commence. Qui s'étonnerait que nous nous arrétions effrayés de la lourde responsabilité qui pèse sur nous, et que, nos jugements reflé-

tant nos anxieuses préoccupations, inclinent plus souvent vers l'indulgence que vers la sévérité? Blanche, dont le cœur était si généreux et si bon, dont la longue expérience d'une vie passée au contact permanent des aliénés, était si grande, avait ce sentiment poussé à l'extrême. Personne ne saurait lui en faire un reproche. Qui donc, en effet, a le droit de se dire assez sûr de lui-même, de sa science, si profonde qu'elle soit, pour trancher d'un mot, sans hésitation, les situations les plus délicates, les plus difficiles? C'est son honneur de n'avoir jamais risqué une affirmation qui ne fût pas solidement établie. Tout ce que Blanche a écrit est marqué au coin de l'observation la plus sagace. Il ne s'attardait pas aux questions de doctrine, il jugeait les faits avec cette sûreté de coup d'œil que peut seule donner la longue fréquentation du malade. C'est une rude école que celle dans laquelle il avait été élevé. Entré tout jeune dans ce monde tout à part, où l'on pense, où l'on se détermine, où l'on agit d'une manière toute différente de celle du monde normal, il excellait à faire jaillir ces manifestations que l'aliéné réserve pour les sculs initiés.

Il connaissait leur langage, comme aussi leurs ruses, leur dissimulation souvent habile, et il a mis au service de la justice, dans un nombre considérable de rapports médico-légaux, toutes les ressources d'un clinicien consommé.

Malheureusement pour nous, Blanche qui n'a jamais recherché ni la publicité, ni le bruit qui se fait autour d'elle, n'a pas tiré des matériaux accumulés par lui tout ce qu'on en pouvait attendre. Il lui a manqué le temps de mettre en ordre la plus précieuse des collections.

Sa vie, si remplie, n'a jamais eu de loisirs, c'est à peine s'il pouvait suffire à ses occupations de chaque jour. Nous qui le savions, nous ne pouvions que regretter qu'une mine si riche restât inexploitée. Plus d'une fois, dans ces entretiens familiers où l'on aime à parler du passé, de l'avenir, je l'ai entendu me dire ses projets, il n'a pas pu les réaliser, et nous y perdons une œuvre à laquelle nous aurions volontiers donné pour épigraphe la devise même de la Société de médecine légale de France :

Science, vérité, justice!

N'est-ce pas à elle que Blanche est resté fidèle toute sa vie? Quand nous l'avons appelé à nous présider, nous savions bien qu'il était digne de marcher à notre tête et que, dans ses mains loyales, notre drapeau serait fièrement tenu. Nous lui payons aujourd'hui la dette de notre estime, de notre affection. Nous qui avons vécu près de lui, qui l'avons aimé, qui le pleurons, nous ne saurions l'honorer mieux qu'en l'offrant en exemple à

ceux qui nous suivront, qu'en leur disant : Soyez comme lui, laborieux, honnêtes, humains, généreux. Et vous aurez le droit de vous endormir, comme lui, du dernier sommeil, doucement bercé par le souvenir du bien que vous aurez fait !

Pour nous, Messieurs, dont la vie si honnête, si droite du Dr Blanche, honore si grandement notre profession, nous apportons ici l'hommage de notre sincère affection, de nos profonds regrets.

Puisse ce témoignage s'élever jusqu'à la compagne dévouée de Blanche, si cruellement atteinte, jusqu'à son fils, son orgueil, sa joie, sa récompense ici-bas, et adoucir, pour un moment, la douleur à laquelle nos cœurs désolés s'associent avec respect !

Adieu, Blanche, adieu.

Discours de M. le Dr BOUCHEREAU au nom de l'Association mutuelle des médecins aliénistes.

Au nom de l'Association des médecins aliénistes, je viens exprimer les regrets sincères que la mort de M. Blanche a suscités parmi nous, et offrir à sa mémoire un dernier témoignage de notre reconnaissance pour tous les services qu'il a rendus à notre œuvre depuis sa fondation, en qualité de membre du Conseil et de président.

Durant son existence si bien remplie, M. Blanche a manifesté sa générosité sous les formes les plus délicates sans jamais se lasser ; les médecins aliénistes frappés dans leur fortune, dans leur situation, dans leur santé, ont éprouvé combien sa bienveillance était grande : il leur a donné son temps, son argent, il leur a prêté son concours le plus actif dans la plus large mesure. Il ne suffisait pas à M. Blanche d'agir par lui-même, on le voyait encore solliciter avec ardeur l'intervention de ses amis, de ses confrères, en faveur de tous ces infortunés dont il a été le généreux bienfaiteur.

M. Blanche avait acquis dans Paris une autorité légitime et une popularité très étendue. Son nom était connu d'un grand nombre et sa personne recevait partout le meilleur accueil. On ne saurait trop louer sa bonté, la droiture de son caractère, sa fidélité à ses anciennes amitiés, la sincérité de ses convictions, son dévouement aux malheureux, son savoir et son talent de médecin ; il a été un praticien d'un grand mérite, il a su se faire aimer tout en inspirant le respect. Il réservait son estime à ceux-là seulement qui lui en paraissaient dignes ; chez M. Blanche on doit apprécier le caractère autant que la science : son jugement droit l'a servi et guidé durant toute sa carrière.

Les grandes qualités de son esprit ont surtout trouvé à s'exercer dans le traitement des aliénés ; là il s'est montré un

maître qu'il sera bon d'imiter. Tous ses clients, riches et pauvres, lui étaient fortement attachés. La vue de M. Blanche provoquait la manifestation de sentiments reconnaissants, bien touchants à l'occasion de ses visites fréquentes aux pensionnaires de nos asiles auxquels il avait facilité l'entrée de l'établissement; il ne s'éloignait d'eux qu'après leur avoir ouvert sa bourse, leur avoir témoigné toute sa sympathie et s'être efforcé de relever leur courage. M. Blanche était le modèle des médecins aliénistes. Comme il savait qu'il ne pouvait guérir tous les malades, il employait tous les ressources de son savoir et de son cœur pour ranimer leur énergie morale profondément abattue. M. Blanche a sauvé de la mort des hommes désespérés, décidés au suicide, qui serviront longtemps encore notre pays dans le poste d'honneur où ils sont placés. Confident de quelques-uns de ces actes, j'en puis porter témoignage pour la mémoire de M. Blanche, sans trahir aucun secret.

M. Blanche appartenait à une famille qui a donné à la France des hommes distingués dans les arts, dans les lettres, dans les sciences médicales, dans les hautes fonctions administratives. Il a réuni en lui diverses qualités de sa famille, il a agrandi les dons qu'il tenait de ses parents; il s'est toujours efforcé de faire le bien, de rendre service à ses semblables. M. Blanche s'était choisi de son vivant un collaborateur digne de sa confiance et continuateur de sa pensée en la personne de M. Meuriot; il meurt à un âge où il pouvait être encore longtemps utile; il laisse aux siens un nom aimé et respecté et à nous le souvenir d'un grand cœur.

Adieu, M. Blanche, adieu.

ORGANISATION D'UNE CAISSE DE SECOURS POUR LES ALIÉNÉS
NÉCESSITEUX SORTANT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA
SEINE-INFÉRIEURE.

Le congrès de La Rochelle, ainsi qu'on peut le lire dans la *Chronique* de ce numéro, a émis le vœu qu'une plus grande extension soit donnée aux œuvres du patronage pour les aliénés nécessiteux sortant des asiles d'aliénés. En attendant que l'initiative privée ou l'administration organise ce nouveau mode d'assistance dans les départements où il n'existe pas encore, nous devons signaler ce que vient de créer le conseil général de la Seine-Inférieure; il a fondé une caisse de secours pour les pauvres malades sans ressources, qui sortiront des asiles de Quatre-Mars et de Saint-Yon. Voici sur cette organisation nouvelle les renseignements que donne le *Progrès médical* (numéro du 26 août 1893):

Dans la séance du Conseil général du 12 avril 1893,

M. Roederer, au nom de la deuxième Commission, a donné lecture du rapport suivant :

« Messieurs, sur la demande de M. le Ministre de l'intérieur, et conformément au vœu formulé par le Conseil supérieur de l'assistance publique, la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure, a émis un avis favorable à la création d'une Société de patronage des aliénés sortant sans ressources des asiles de Quatre-Mares et de Saint-Yon. En attendant la constitution de cette Société, la Commission de surveillance demande qu'il soit organisé immédiatement une caisse de secours alimentée par le pécule et les vêtements des aliénés décédés. Se rangeant à cet avis, votre deuxième Commission, d'accord avec M. le Préfet, a l'honneur de vous proposer de décider que les fonds provenant du pécule des aliénés décédés, et leurs effets attribués jusqu'à présent aux Asiles, seront désormais employés, par les soins de MM. les Directeurs, sous le contrôle de la Commission de surveillance, à secourir les aliénés nécessaires qui sortiront des établissements de Quatre-Mares et de Saint-Yon. Pendant les cinq dernières années, ces fonds se sont élevés, en moyenne, à 1,682 fr. 86 par an, pour Quatre-Mares ; et 1,047 fr. 77 pour Saint-Yon. Pendant le même laps de temps, la sortie des malades indigents a été en moyenne de 58 par an pour Quatre-Mares et de 58 pour Saint-Yon. » Le rapport est adopté.

Lettre de M. le Préfet aux directeurs-médecins de Quatre-Mares et de Saint-Yon.

Rouen, le 4 mai 1893.

« Monsieur le Directeur, j'ai l'honneur de vous adresser ci-joint une copie de la délibération par laquelle le Conseil général de la Seine-Inférieure a, en attendant la création d'une Société de patronage pour les aliénés nécessaires sortant des asiles de ce département, autorisé l'emploi, au profit de ces indigents, des fonds provenant du pécule des aliénés décédés et de leurs effets, attribué jusqu'à présent aux asiles. Je vous prie de vouloir bien assurer, en ce qui vous concerne, l'exécution de ces dispositions. Agréez, Monsieur le Directeur, etc... Pour le Préfet en tournée de revision, le secrétaire général délégué, signé : F. Cauro. »

MM. les directeurs-médecins, conjointement avec la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure ;

Vu la délibération du Conseil général en date du 12 avril 1893, statuant que « les fonds provenant du pécule des aliénés décédés, et leurs effets, attribués jusqu'à présent

aux asiles, seront désormais employés par les soins de MM. les directeurs, sous le contrôle de la Commission de surveillance, à secourir les aliénés nécessiteux qui sortiront des établissements de Quatre-Mares et de Saint-Yon »;

Ont pris les dispositions suivantes en vue d'assurer l'exécution de ladite délibération qui, n'ayant pas été frappée d'annulation, est devenue exécutoire à partir du 4 mai 1893, la session du Conseil général ayant été close le 13 avril 1893. (Article 47 de la loi du 10 août 1871.)

Règlement. — Secours en argent. : 1° Il est institué une caisse de secours pour venir en aide aux aliénés nécessiteux des asiles de Quatre-Mares et de Saint-Yon ; — 2° La caisse des secours est alimentée par le pécule des aliénés décédés et par les subventions qui pourront être accordées par le Conseil général. Le pécule des malades décédés depuis le 4 mai 1893 jusqu'à ce jour sera immédiatement versé à cette caisse, dont le receveur des asiles est constitué le trésorier. A l'avenir, les versements auront lieu dans les huit premiers jours de chaque trimestre ; — 3° Les secours aux aliénés nécessiteux sont accordés, au moment de la sortie (provisoire ou définitive), par le directeur-médecin de Quatre-Mares pour les hommes, par le directeur-médecin de Saint-Yon pour les femmes. Le secours peut être renouvelé sur l'avis favorable d'un membre délégué de la Commission de surveillance dans les trois mois qui suivent la sortie du malade, sans cependant que le total des sommes allouées au même malade puisse dépasser cinquante francs ; — 4° Passé ce délai de trois mois, après la sortie, ou après allocation d'une somme de cinquante francs, les secours en argent ne peuvent plus être accordés que sur l'avis favorable de la Commission de surveillance ; — 5° Le receveur ne peut conserver en caisse pour fonds de secours une somme excédant cinq cents francs. Le surplus des fonds de la caisse de secours sera placé en un livret de Caisse d'épargne de Rouen. Lorsque par les apports qui seront faits successivement à la caisse des secours, le livret de cette caisse paraîtra devoir dépasser deux mille francs, MM. les directeurs des asiles se pourvoiront aux fins d'obtenir, par application des articles 13 et 21 de la loi du 9 août 1881, que le compte courant de la caisse de secours soit porté à huit mille francs. Le receveur aura seul qualité pour verser les fonds à la Caisse d'épargne et les retirer en tout ou partie sur une autorisation de l'un de MM. les directeurs ; — 6° Les directeurs-médecins présenteront conjointement, chaque année, au mois de janvier, à la Commission de surveillance, un rapport sur les opérations de l'année et sur la situation financière de la caisse de secours.

Secours en nature : 1° Il est formé dans chaque asile et sous

la garde de l'Econome de l'établissement un vestiaire alimenté avec le linge et les vêtements provenant des aliénés décédés ; — 2° Indépendamment des secours en argent sus-énoncés, des secours en nature, linge et vêtements, sont accordés aux aliénés nécessitux au moment de leur sortie, avec les objets provenant de ce vestiaire, et sur un bon du directeur-médecin ; — 3° Les secours en nature peuvent être renouvelés sur un bon du directeur-médecin dans les six mois qui suivent la sortie du malade. Passé ce délai, les secours ne peuvent plus être accordés que sur l'avis favorable de la Commission de surveillance ; — 4° Les directeurs-médecins présenteront conjointement, chaque année, au mois de janvier, à la Commission de surveillance, le relevé des secours en nature, pendant l'année écoulée, et l'état de situation du vestiaire, dans chaque asile, au 31 décembre.

QUELQUES RENSEIGNEMENTS SUR L'ASILE SAINT-NICOLAS,
A SIENNE

M. Azzurri a envoyé récemment à la Société médico-psychologique, un atlas renfermant les plans du nouvel asile de Saint-Nicolas, à Sienne, construit par lui. Sur ce plan, M. Chaslin avait fait un rapport (1), où, d'après la commission, il émettait quelques critiques et faisait quelques remarques, ce qui tenait à la difficulté de se rendre un compte exact, d'après de simples plans, d'un projet aussi compliqué. M. Azzurri vient de nous adresser une note, qui répond en grande partie aux questions et objections posées. Nous la traduisons ici textuellement pour servir de complément au rapport de M. Chaslin.

« La grille sur la voie publique est très élevée au-dessus du sol. Elle ne donne aucune apparence de prison, et ne laisse rien voir dans l'intérieur de l'asile, parce qu'elle est recouverte de buissons verts compactes. La voie est comme un chemin de campagne.

« Dans le village, dans chaque atelier il y a un surveillant et, en outre, il y a un chef qui les surveille tous.

« Dans le village, les malades n'ont pas de dortoir, ils retournent pour la nuit à l'édifice central.

« L'édifice pour les agités a été construit, quand le nombre des malades était moindre ; il est destiné à ceux susceptibles de guérison.

« L'édifice actuel n'a jamais été dépourvu d'aliénés ; il a été toujours habité depuis 1873. Le village des ateliers, sous le directeur actuel, Dr Paolo Funaioli, a été ouvert en 1889.

« Le directeur, le Dr Funaioli, a déjà projeté un quartier

(1) *Ann. médico-psych.* Juillet-août 1893, p. 115.

spécial, séparé, pour les épileptiques. Les gâteaux ont une salle, un dortoir, un réfectoire séparés au rez-de-chaussée; ils vont au village comme les autres. Dans l'édifice central, durant le jour, il ne reste que les infirmes et les malades. »

PH. C.

L'ONYCHOPHAGIE

La liste des syndromes épisodiques de la dégénérescence est déjà longue; mais elle n'est pas encore complète, puisque chaque jour en voit éclore un nouveau. La naissance du dernier veau, baptisé comme ses aînés d'un nom grec, mérite de ne pas passer inaperçue. Voici en quels termes la *Revue scientifique* (numéro du 8 juillet 1893) en a fait part au monde savant :

« Décidément, les médecins voient maintenant partout des signes de dégénérescence; et voici maintenant que l'habitude de se ronger les ongles, l'*onychophagie*, comme le nomme M. Bérillon, serait à mettre dans le même sac que l'incontinence d'urine, les tendances impulsives, les terreurs nocturnes et les diverses *phobies* auxquelles on la trouverait souvent associée.

« En faveur de la signification qu'on veut lui donner, on relèverait ce fait que l'onychophagie est beaucoup plus fréquente à Paris qu'en province.

« Dans une école communale de Paris, sur 265 élèves examinés pendant le mois d'avril 1893, on a trouvé 63 rongeurs d'ongles, soit 1 onychophage sur 5. Dans un lycée, la proportion des rongeurs d'ongles est un peu moins élevée. Des examens portant sur une centaine d'enfants d'écoles de villages du département de l'Yonne n'ont relevé que 3 rongeurs d'ongles. Dans une école mixte du même département, sur 29 garçons, il y a 6 rongeurs d'ongles (20 p. 100); sur 21 filles, il y en a 11, soit 52 pour 100. Dans un établissement d'enseignement secondaire de jeunes filles, sur 207 élèves, 61 se rongent les ongles (15 des deux mains et les autres les ongles de l'une des deux mains). Une école supérieure de Seine-et-Marne compte 52 élèves de douze à dix-sept ans. Sur ce nombre, 16 se rongent les ongles.

« Il y a aussi les rongeurs de porte-plume. Cette variété semble plus répandue chez les filles. Dans une école de Paris, sur 265 élèves, on en compte 13 qui mangent le bout de leurs porte-plumes; tandis que, dans un collège de jeunes filles, la proportion des rongeurs s'élève à 59 pour 207.

« Ainsi, plus de la moitié de l'humanité serait atteinte de dégénérescence. Cela est soutenable, mais il serait peut-être bon de s'entendre sur la définition de ce terme. Et puis, que fait-on de la contagion de l'exemple, de cette tendance à l'imi-

tation, qui est le fond même de la psychologie de l'homme, et le grand principe de son activité ? »

TRIBUNAUX.

Viol et grossesse d'une aliénée. — Dans le numéro de septembre 1892 des *Annales*, nous relations le fait regrettable qui s'est passé à l'asile d'aliénés de Bron, d'une femme, internée depuis plusieurs années dans l'établissement, qui y avait été violée, et a accouché d'un enfant que le mari de la malade n'a pas voulu reconnaître.

On rechercha le misérable qui avait abusé de cette malheureuse, mais en vain. La famille a introduit une demande en dommages-intérêts contre le directeur de l'asile, M. le D^r Tondu et contre le département.

Le tribunal de Lyon a mis hors de cause le directeur, mais il a condamné le département du Rhône à 4,000 francs de dommages-intérêts.

FAITS DIVERS

Un nouveau prix de médecine mentale à l'Académie de médecine. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine a été autorisé à accepter, au nom de cette Académie, le legs qui lui a été fait par M^{me} Hédouin, veuve Boullard, d'une somme de 20,000 francs dont les revenus devront être affectés à un prix qui sera décerné, tous les deux ans, au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou atténuant la marche.

Ce prix portera le nom de « Prix Charles Boullard ».

Grippe et suicide. — On lit dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (numéro du 16 août 1893) :

« Notre distingué confrère de Saint-Etienne, M. le D^r Reynaud, a eu la patience de relever les statistiques obituelles parisiennes. Il a constaté que, sous l'influence des épidémies de grippe, le nombre des suicides, dont la moyenne en avril est de 21, s'est élevée à 39 sous l'influence de l'épidémie de grippe. Il attribue cette recrudescence de suicide à l'influence de psychoses et confirme ainsi les conclusions de la thèse récente de M. Lelady, sur les rapports de la grippe avec l'aliénation mentale.

Les médecins morphinomanes. — Un journal de médecine, parlant des ravages que la morphinomanie fait parmi les médecins, dit que sur 545 morphinomanes observés, on a compté 289 médecins. On voit que ces derniers sont maintenant les premières victimes de la maladie dont on leur doit l'invention.

Les suicides dans les armées européennes. — On lit dans le *Journal des Débats* (numéro du vendredi matin 18 août 1893) :

« Voici quelle serait, d'après une statistique récente, la proportion des suicides par 100,000 hommes dans les principales armées européennes :

Autriche, 131 ; Allemagne, 67 ; Italie, 40 ; France, 29 ; Belgique, 24 ; Angleterre, 23 ; Russie, 20 ; Espagne, 14.

Le fait que l'Autriche figure au premier rang, et de beaucoup, sur cette liste macabre, doit être, paraît-il, attribué non pas à un régime militaire particulièrement dur, mais à ce que les multiples nationalités de l'empire sont souvent envoyées pour le service loin de leur province natale : le *mal du pays* serait le grand coupable. »

Un aliéné dangereux candidat à la députation. — On télégraphie de Lyon au *Temps* (numéro du samedi 19 août 1893) :

« On a conduit, hier, à l'asile d'aliénés de Bron un nommé Casimir Cambon, ancien ouvrier tisseur à la Croix-Rousse, employé à la Caisse de prêts aux tisseurs, qui s'était porté candidat contre M. Burdeau.

« Depuis quelque temps, Cambon donnait des signes d'aliénation mentale. C'est lui qui organisa à Lyon une réunion en faveur du sénateur Bérenger, à laquelle il avait convoqué les étudiants lyonnais, réunion qui avait tourné en comédie grotesque. Plus récemment, Cambon s'était figuré qu'on allait le choisir comme candidat au quatrième arrondissement. Il prenait à partie les autorités et plusieurs personnalités politiques, notamment M. Burdeau, qu'il accusait de crimes variés. Il s'était porté candidat contre lui et avait fait hier sa déclaration de candidature ; il en avait informé, dans la nuit, MM. Constans, sénateur, et Quesnay de Beaurepaire par une longue dépêche, dans laquelle il attaquait vivement M. Burdeau. Hier, Cambon cherchait ce dernier pour le tuer !

« Toute la police de Lyon était à la recherche de ce fou, qui portait un long couteau et aurait certainement mis son projet à exécution. Cambon, qui, depuis huit jours, parcourait les bureaux des journaux, auxquels il adressait des professions de foi abracadabrantes, a été arrêté, place de la Charité, devant le journal *Le Progrès*, sur l'intervention d'un rédacteur de ce journal. »

Le Rédacteur en chef-Gérant: ANT. REITL.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Pathologie

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DES RAPPORTS
DE L'IMPALUDISME ET DE L'ALCOOLISME

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

L'impaludisme crée une intolérance cérébrale absolue aux alcools, tel est le fait clinique encore peu connu, peut-être même non nettement spécifié jusqu'ici, que, dans tous les cas, je n'ai point trouvé signalé dans mes nombreuses recherches bibliographiques, et que je tiendrais à établir par un choix opéré parmi les faits nombreux que j'ai eu occasion d'observer depuis sept ans, dans deux asiles situés dans des milieux très différents, Saint-Pierre à Marseille et Ville-Evrard dans la Seine. Et l'impaludisme, pour rendre ainsi le cerveau aussi faible à toute excitation spiritueuse, n'aurait pas

besoin d'avoir exercé des ravages dans l'organisme, d'y être ancré, partant de l'avoir depuis longtemps miné ; non, c'est d'emblée, dès la première manifestation aiguë de l'empoisonnement que cette intolérance éclaterait. Elle ne tiendrait donc pas à un affaiblissement constitutionnel rendant plus difficile la résistance organique du sujet, ainsi qu'il advient dans nombre d'affections chroniques débilitantes, mais bien à une action spéciale du miasme palustre par laquelle le cerveau deviendrait, aussitôt touché par lui, incapable de supporter l'impression de l'alcool sans entrer en délire.

N'est pas alcoolique qui veut, a formulé le grand Lasègue, et il a eu raison, car il est incontestable que délirer sous l'influence de la boisson est par lui-même la preuve d'une organisation cérébrale défectueuse. Si chacun, en effet, est libre de s'enivrer d'une ivresse simple, c'est-à-dire de s'octroyer par des libations plus ou moins copieuses selon son tempérament, une excitation suivie d'une abolition fonctionnelle, l'ivresse délirante, c'est-à-dire la perversion fonctionnelle sous la poussée de l'alcool, est la propriété exclusive du prédisposé vésanique, que sa prédisposition soit héréditaire ou acquise. Sans doute il n'en est plus toujours ainsi de nos jours avec les vins et les eaux-de-vie du commerce, car ces breuvages contiennent des principes qui par eux-mêmes sont des poisons, mais la proposition de Lasègue reste rigoureusement exacte quand ceux-ci sont purs. Or, quand il y a impaludisme, à en juger par les faits nombreux dont j'ai été témoin et dont je rapporte plus loin des exemples typiques, le cerveau le plus harmoniquement organisé, sans tare névropathique de transmission ou d'acquisition, est exposé à délirer sous l'influence d'une quantité d'alcool qui, sans lui, n'aurait même pas suffi à le mettre en franche gaieté ; bien plus, le cerveau de l'héréditaire alcoolique perdrait tout à

coup la résistance exceptionnelle qu'il devait à l'accoutumance de ses ascendants. Il me paraît alors incontestable que le miasme paludéen place la cellule nerveuse cérébrale vis-à-vis des liqueurs fortes dans des conditions particulières d'excessive impressionnabilité, plus encore que la névropathie incriminée par Lasègue.

Le fait sur lequel j'appelle aujourd'hui l'attention est d'autant plus curieux que l'impaludisme, lors de ses manifestations aiguës, engendre parfois une véritable dipsomanie, et chacun sait que, d'une manière générale, le principe est vrai qui dit que la résistance aux alcools est en raison directe de l'appétence. Sous la double incitation des stades de chaleur et de sueurs; le paludéen, en activité du mal, a une soif atroce, en même temps que la faiblesse qui résulte de l'accès amène un besoin de fortifiant. Altéré et affaîssé, il recherche quelquefois alors l'eau-de-vie tout à la fois pour se désassoiffer et se tonifier, et il arrive que ce besoin d'ingurgiter des liqueurs fortes devienne impérieux. Etant donné cette tendance pour ainsi dire impulsive, il devrait, semble-t-il, bénéficier dans ces moments-là tout au moins de l'impunité du dipsomane qui, alors même qu'il est sans résistance dans ses rémissions, absorbe d'ordinaire impunément, aux heures de crises, des quantités vraiment incroyables de spiritueux. Il n'en est rien, et le malheureux paludéen qui cède à la tentation, même modérément, est exposé à payer sa faiblesse, toute légère qu'elle est, par du *delirium tremens*. D'ordinaire, cette dipsomanie paludéenne est transitoire, liée aux manifestations aiguës, et disparaît avec elles, sauf à revenir de nouveau avec les paroxysmes subséquents. Il advient pourtant qu'elle persiste, en dépit du retour apparent à la santé, le besoin de boire survivant dans ces cas à la cause occasionnelle qui l'a fomenté. Or, malgré la disparition de toute manifesta-

tion palustre et la guérison dont paraît bénéficier le sujet, la même intolérance cérébrale aux spiritueux se continue. Nous rechercherons plus loin quelle peut bien être la pathogénie de cette appétence aux alcools chez certains paludéens en dehors de leurs accès ; pour l'instant, retenons seulement ce détail caractéristique de la persistance de l'intolérance cérébrale dans les intervalles qui séparent les rechutes, même lorsque ces intervalles ont une durée, non pas seulement de plusieurs mois, mais aussi de plusieurs années. Nous en fournissons d'ailleurs des preuves incontestables. Dans ces conditions, il devient bien difficile de ne pas incriminer directement le miasme palustre. Si la faiblesse de résistance de l'organe de la pensée était limitée à la période des accès, peut-être serait-on en droit de se demander quelle part revient à la fièvre toujours très violente, à température très élevée, qui accable le malade. Même dans ces conditions, je ne la croirais pas prépondérante, parce que, d'une manière générale, l'élévation thermique ne détermine pas le délire alcoolique avec l'acool immédiatement ingurgité, mais le fait éclater seulement dans les cerveaux qui, depuis longtemps, en ont été saturés, et même le même meilleur traitement à lui opposer dans ce cas est d'alcooliser le sujet, tel l'ivrogne pneumonique que le champagne apaise. Le fébricitant qui n'a jamais bu peut être traité impunément par les spiritueux à très hautes doses, il ne délirera pas de ce chef, ce serait même à penser que la fièvre accroît plutôt la résistance du cerveau ; on en a la preuve dans la thérapeutique du tétanos, telle qu'elle est pratiquée sous les tropiques où cette redoutable complication des blessures opératoires ou autres est d'une fréquence extrême, elle consiste à tenir le tétanique par le tafia dans une ivresse constante durant toute la période d'état du mal. Eh bien ! jamais on n'a,

dans ces conditions, de délire alcoolique, et pourtant chacun sait que la température est alors de 40 degrés. J'en parle en connaissance de cause, étant né et ayant résidé jusqu'à vingt ans à la Martinique, où j'ai commencé mes études de médecine. Mais la particularité, que j'ai déjà signalée plus haut, de la persistance tout aussi absolue de l'intolérance cérébrale aux alcools quand la fièvre intermittente a disparu pour ne plus revenir de plusieurs années, juge, me semble-t-il, la question et écarte complètement toute équivoque ; elle ne laisse place, en effet, qu'à une action directe du poison palustre. Ce qui semblerait encore indiquer que celui-ci est à juste titre incriminé par nous, c'est que tous les sujets chez lesquels j'avais constaté cette impossibilité de boire et que j'ai pu suivre ont eu, tôt ou tard, de nouveaux accès, c'est-à-dire n'étaient guéris qu'en apparence de leur impaludisme et portaient toujours en eux le ferment du mal, tandis que je connais d'autres paludéens qui, vis-à-vis des alcools, n'offrent plus rien de particulier et qui, eux, n'ont plus eu de crises aiguës depuis un nombre si considérable d'années qu'à bon droit ils sont autorisés à se considérer comme désormais à l'abri de toute rechute. De telle sorte qu'il y aurait dans la continuation de l'intolérance cérébrale aux alcools une indication que le miasme palustre, bien que ne se manifestant pas, est toujours dans l'économie et tout prêt à trahir sa présence par de nouveaux accès sous l'influence d'une cause occasionnelle qui favorisera son développement. Ce serait donc là un précieux élément de pronostic, la preuve que le paludéen est toujours en puissance du microbe et ne doit pas cesser son traitement.

Comment l'impaludisme produit-il un semblable résultat ? Voilà ce qu'il nous serait bien difficile d'expliquer catégoriquement, d'autant plus que l'intolé-

rance s'établit d'emblée, dès la première manifestation de la maladie. Pourtant on ne saurait s'empêcher de penser à la rapide altération du sang déterminée par le miasme palustre. Chaque jour apporte de nouveaux faits à la doctrine de M. Laveran, et confirme sa découverte d'un micro-organisme se multipliant avec une rapidité prodigieuse et exerçant sur les globules sanguins une action destructive par laquelle le pigment hématique s'accumule dans les organes. Qu'elle soit vraie ou fausse, il est incontestable que l'impaludisme altère profondément et rapidement la composition du sang; on sort déjà anémié au premier accès. Or il est de la connaissance de tous que, dans les cas d'inanition, l'alcool a des effets foudroyants et détermine tout de suite le délire. Qui boit n'ayant pas mangé et souffrant de la faim est certain, avec une dose très faible de spiritueux, de s'octroyer des hallucinations et des troubles intellectuels adéquates. Ainsi semble agir l'alcool chez le paludéen. Aussi ne serais-je pas éloigné de croire que c'est par suite d'une altération du liquide sanguin que se produit l'intolérance alcoolique qui nous occupe, d'autant plus qu'elle se retrouve au su de tous dans un autre empoisonnement qui altère, lui aussi, profondément le sang, je veux parler du saturnisme.

Quoi qu'il en soit, alors même que l'explication du phénomène nous échapperait complètement, bien constaté, celui-ci serait, non seulement au point de vue scientifique, mais encore pratique, du plus haut intérêt et servirait à expliquer certains cas singuliers, ainsi qu'à apprécier certains actes commis par des sujets qu'on n'en aurait jamais cru capables. Telle l'histoire de ce jeune et brillant sous-officier qui fait l'objet de notre première observation. Il conviendrait aussi de rechercher si ce qui se produit dans la sphère cérébrale ne se montrerait pas aussi dans l'axe bulbo-spinal et si la cellule médul-

laire ne serait pas aussi fâcheusement influencée que la cellule encéphalique. Un des sujets, dont je rapporte l'observation, a présenté rapidement, à la suite d'excès modérés, de graves symptômes paralytiques qui m'ont porté à penser un instant à la possibilité d'une paralysie générale. Je ne m'occupe dans le présent travail que de l'impressionnabilité toute particulière octroyée par l'impaludisme au cerveau, car, dans le milieu où j'exerce, je n'ai eu occasion d'observer que des cérébraux. Mais les mêmes recherches mériteraient peut-être d'être poursuivies dans les services affectés aux maladies du système nerveux. Il n'est pas rare d'y rencontrer des sujets atteints d'affections de la moelle et des nerfs, offrant tous les caractères de l'alcoolisme, et qui, pourtant, n'étaient que de piètres buveurs. Qui sait si certains d'entre eux ne seraient point des paludéens méconnus, rendus exceptionnellement sensibles aux alcools par l'impaludisme latent qu'ils portent toujours en eux? Pour ma part, j'estime que les mêmes lois de pathologie générale régissent le cerveau et la moelle et que les cellules de celle-ci n'ont pas une façon autre de réagir aux impressions morbides que les cellules de celui-là. Puisque les unes sont placées par le poison palustre dans des conditions particulières d'intolérance alcoolique, selon toute probabilité, il doit en être de même des autres. D'ailleurs cela se passe ainsi pour le saturnisme ; car, si chez l'intoxiqué par le plomb il suffit de peu d'alcool pour amener du délire, il n'en faut pas davantage non plus pour déterminer des paralysies et des névrites.

Dans tous les cas, nous allons maintenant choisir, parmi les très nombreuses observations que nous avons recueillies depuis sept ans, quelques-unes typiques qui, nous l'espérons, ne laisseront aucun doute relativement au fait que nous décrivons. Il en est une surtout, la huitième, qui montre péremptoirement que l'ac-

tion exercée dans le sens que nous indignons est bien spéciale à l'impaludisme et non commune à toutes les maladies infectieuses, ainsi qu'on pourrait encore le supposer, car le sujet fut atteint d'abord d'une très grave fièvre typhoïde qui nécessita un séjour à l'hôpital de plus de cinquante jours. Or si, à la suite, sa grande tolérance pour les alcools fut légèrement diminuée, elle fut totalement perdue deux ans après, consécutivement à des fièvres intermittentes simples sans complication cérébrale, et le malade, très intelligent, déclarait qu'à cet égard l'influence exercée par les deux affections n'était pas à comparer. Certainement les maladies infectieuses affaiblissent dans une proportion notable la résistance cérébrale aux alcools, et c'est encore là une particularité sur laquelle on n'a peut-être pas assez insisté. J'ai vu déjà un nombre assez considérable de buveurs qui supportaient à merveille les plus grands excès et qui, atteints de dothiéntenterie, de scarlatine, ou de variole, n'ont plus été capables de tolérer aussi impunément les mêmes excès; mais mon expérience confirme pleinement les constatations faites sur lui-même par le malade dont nous venons d'invoquer le témoignage et ce que j'ai vu confirme absolument son assertion, que l'intolérance déterminée par l'impaludisme brave toute comparaison. Mais il est temps de laisser parler les faits.

OBSERVATION I. — Jean X..., sergent-major, vingt-quatre ans, prévenu de la prison militaire d'Oran, entré à l'asile de Marseille en décembre 1886. *Pas d'hérédité vésanique ni alcoolique dans la famille; aucun stigmate physique et jamais de syndrome épisodique.* Comme seules maladies, une pneumonie en 1879 et, en 1885, un eczéma de la face. Entré au service en décembre 1882 comme soldat de la classe, Jean X..., en février 1886, fut envoyé en Algérie. Au régiment sa conduite fut toujours bonne, il n'avait *aucune habitude alcoolique* et était pro-

posé, avec des notes excellentes, pour le grade de sous-lieutenant. Le 20 octobre, il quitta Tlemcen avec son bataillon pour se rendre à Oran en exécutant les grandes manœuvres. Le 25, il eut pour la première fois, depuis son arrivée dans la colonie, des fièvres intermittentes à type quotidien avec les trois stades bien tranchés. Poussé par la soif, le premier jour *il but, mais modérément, et néanmoins s'enivra*. Jusqu'à ce moment, *très sobre*, d'ailleurs, il n'avait jamais remarqué chez lui *ni intolérance marquée, ni résistance exceptionnelle à l'alcool*. Il attribua cette rapide griserie à la fièvre. Les jours suivants, celle-ci revint régulièrement chaque soir et *son penchant pour l'eau-de-vie s'accrut* ; il continua à *boire* pour apaiser la soif qui le dévorait et se fortifier, car après chaque accès il se sentait de plus en plus prostré. Etant en cours de grandes manœuvres et proposé pour l'épaulette, il ne voulut pas se porter pour l'hôpital ; mal lui en prit, car le 29, c'est-à-dire *quatre jours seulement après le début de l'impaludisme et ses premières libations*, il déserta sans se rendre compte de son action et partit comme un égaré au-devant de la colonne, arriva à Oran, puis, rebroussant chemin, il regagna Tlemcen, très surexcité, sans sommeil ni appétit, *miné par les fièvres et buvant toujours un peu* pour se désaltérer et se soutenir. A Tlemcen, on l'arrêta et on le dirigea sur la prison d'Oran, d'où il fut transféré à l'hôpital le 15 novembre. Traité par la quinine, il guérit des fièvres et néanmoins l'état mental ne s'améliora pas ; le 24, Jean X... se leva brusquement dans la nuit et lança à la tête d'un camarade son pot à tisane en criant : A l'assassin. Il interpellait son beau-frère qui, disait-il, venait de couper sa sœur en morceaux et se cachait sous le lit. On dut le camisolier. Il est à noter que dès son arrivée à l'hôpital, dans le but de relever ses forces, on lui avait prescrit *une pleine ration de vin et un Todd au quinquina*. Le certificat médical du médecin-major d'Oran fournissait les renseignements suivants : « *Sphère intellectuelle* : Ne fait que parler de sa sœur et de son beau-frère ; hallucinations de la vue ; illusions mentales où son beau-frère et un ami, dont il répète constamment le nom, jouent les principaux rôles. *Sphère morale* : Dans les derniers jours du mois de novembre, il se montre assez doux pour ceux qui l'entourent, mais, le 4 décembre au soir, il est pris d'un accès furieux dans lequel il déchire ses vêtements, brise une fenêtre, casse une barre de fer de près de 2 centimètres d'épaisseur et en menace quiconque oserait l'approcher. On a beaucoup de peine à se rendre maître de lui.

Entre temps, il marche, vocifère et frappe nuit et jour à la porte du cabanon. *Sphère physique* : De constitution et de taille moyenne ; *sans antécédents alcooliques*, ni syphilitiques ; il a l'œil hagard, méchant, la voix rauque ; il est dans une agitation continuelle et paraît insensible au froid ; force musculaire exagérée ; appétit conservé ; sommeil nul. » Les certificats d'admission à l'asile Saint-Pierre portent : « Est atteint de lypémanie *alcoolique*, est dans un état anxieux sous l'influence d'hallucinations permanentes de la vue et de l'ouïe ; accuse un délire terrifiant. Se croit poursuivi par son beau-frère qui, après avoir tué sa sœur, menace de le tuer aussi. Voit et entend ce parent sur le toit. Pas de sommeil, pupilles dilatées ; poids irrégulier. » A Marseille, *on ne prescrit pas d'alcool*, et, déjà au commencement de janvier, la guérison se dessinait et était complète à la fin du mois. Dans le courant de février, les fièvres intermittentes revinrent à type quotidien. Le malade fut de nouveau tourmenté d'une soif vive et d'un certain besoin de boissons spiritueuses. *On ne lui en donna pas et aucun trouble intellectuel ne se manifesta*. Les accidents palustres disparurent par la quinine et le quinquina. Jean X... sortit guéri de l'asile vers le milieu de mars.

Les principales particularités sur lesquelles nous appelons l'attention apparaissent avec évidence dans ce cas. Jean X... n'avait jamais bu, il n'avait jamais eu aucun goût pour l'alcool. Il est pris de fièvres intermittentes et, en même temps que la soif, se montre le besoin des liqueurs fermentées, il est atteint d'une sorte de dipsomanie paludéenne. Il boit, et, au bout de quatre jours, se déclare la folie alcoolique aiguë, ainsi qu'en témoignent les symptômes de l'observation et leur évolution que nous avons rapportés en détail pour bien asseoir la conviction. Certes, la quantité d'alcool qu'avait pu absorber ce jeune homme dans ce court laps de temps ne saurait seule expliquer cette subite explosion de troubles intellectuels, d'autant plus que le sujet n'avait guère eu le moyen d'en absorber beaucoup, étant très occupé aux grandes manœuvres. Il n'est ni héré-

ditaire vésanique, ni héréditaire alcoolique, c'est donc exclusivement au miasme palustre que revient l'exquise impressionnabilité aux alcools qu'il présenta, car on serait peu fondé à invoquer la fatigue chez un militaire ayant déjà quatre années de services. Traité par le vin et le Todd au quinquina, il a vu son état s'aggraver ; conduit à Saint-Pierre et privé de toute boisson forte, il a, au contraire, très vite guéri ; en plus, tandis qu'il était à l'asile, les fièvres intermittentes revinrent et, avec elles, la soif, mais il n'a pas pu satisfaire son appétence et les troubles intellectuels ont fait défaut, contre-épreuve qui complète la démonstration. Alors une grosse question se présenta. Au moment où Jean X... déserta et fut atteint des accident cérébraux qui déterminèrent son envoi dans mon service, il était sur le point de passer officier, et lui, d'une conduite jusqu'à ce moment exemplaire, sans jamais une punition, s'était trouvé, du jour au lendemain, prévenu de désertion et aliéné ; c'était son avenir perdu. Je n'ai point hésité, fort de ce que l'expérience m'avait appris des rapports particuliers de l'impaludisme et de l'alcoolisme, à innocenter complètement ce sous-officier, à rattacher tous ses écarts aux fièvres intermittentes dont il avait été atteint et à affirmer que son organisation cérébrale n'était pour rien dans les troubles intellectuels qu'il avait présentés, lesquels devaient être exclusivement attribués à l'impaludisme contracté dans un service commandé. Sur mes conclusions très affirmatives, la Guerre abandonna les poursuites et renonça à la réforme. Jean X... fut réintégré au corps et, peu après, envoyé en garnison en France, ainsi que je l'avais conseillé. Par la suite, il m'écrivait pour me remercier et m'annoncer qu'il avait l'épaulette ; une fois seulement les fièvres étaient revenues et, comme jadis en Afrique, elles étaient accompagnées de la même soif avec tendances alcooliques, mais, ins-

truit par le passé et assagi par la leçon reçue, il s'était de suite réfugié à l'hôpital, ce qu'il fera, ajoutait-il, à chaque rechute nouvelle. Comme lors des accès à l'asile Saint-Pierre, là, *privé d'alcool, il n'eut aucun trouble intellectuel.*

Le malade de cette très instructive observation n'était entaché, avons-nous dit, ni d'hérédité vésanique, ni d'hérédité alcoolique, il ne présentait, en conséquence, aux liqueurs fortes ni excessive intolérance, ni remarquable résistance. Dans ce cas, l'impaludisme avait été aux prises avec un sujet normalement constitué et en avait eu vite raison. Eh bien ! dans le cas suivant, nous le verrons triompher, avec tout autant de facilité, d'un fils d'ivrogne qui, jusqu'alors, avait été doué d'une très remarquable résistance aux alcools.

OBSERVATION II. — Antoine X..., cèlibataire, vingt-quatre ans, soldat de la ligne, entré à l'asile de Marseille en mai 1887. *Pas d'hérédité vésanique, mais de tout temps et bien avant son mariage le père était un ivrogne.* Le sujet est porteur de certains stigmates physiques de dégénérescence : asymétrie faciale, rétrécissement bi-pariétal, aplatissement occipital. Antoine X... a toujours été presque un imbécile ; il a longtemps fréquenté l'école sans avoir même appris à lire couramment. Incorporé le 5 novembre 1883 comme jeune recrue, il fut envoyé en Afrique en septembre 1884. Très mauvais soldat, il était toujours puni, il n'aimait pas, d'ailleurs, du tout le métier militaire et gémissait sans cesse d'être obligé de rester au corps. Il buvait beaucoup d'absinthe et de vermouth, *qu'il supportait à merveille, des quantités énormes n'arrivaient même pas à le mettre en ébriété.* En janvier 1885, il aurait eu, dit-il, la fièvre typhoïde ; l'assertion n'est pas confirmée par la feuille de renseignements et il est certain qu'à cette occasion, il n'eut pas de congé de convalescence ; la dothiéntérie, si elle a réellement existé, aurait donc été très légère. Dans tous les cas, Antoine X.... *conservera la même remarquable résistance aux alcools, car, de plus en plus dégoûté du service, il se plaignait de n'avoir en outre pas même la ressource de pouvoir arriver, comme les camarades, à se pocharder et à se donner du bon temps.* Cependant, à force

d'en iugurgiter, il finit par s'enivrer, mais dans cet état il insulta un caporal de faction, ce qui lui valut, le 9 septembre, une condamnation par le conseil de guerre, à un an de prison. Gracié le 14 juillet 1886, à l'occasion de la fête nationale, *il ne se remit plus à boire comme par le passé*, car cela, dit-il, ne lui réussissait pas; il lui fallait dépenser trop d'argent pour *essayer le plus souvent en vain de se griser* et, pour une fois qu'il y était parvenu, il avait eu la malchance de se mettre dans un cas de conseil de guerre. Mais, malgré sa sobriété ou peut-être à cause d'elle, il s'ennuya de plus en plus au régiment, si bien qu'à la fin d'août il se laissa aller à une tentative de suicide, expliquant son dégoût de la vie par son horreur des armes. Néanmoins, guéri rapidement de la blessure assez légère qu'il s'était faite, il reprit son service et se remit à *boire un peu, très modérément*. Toutefois, dans le courant de septembre, il fut atteint de fièvres intermittentes pour lesquelles il n'alla pas à la visite. Très altéré, il but davantage pour apaiser sa soif et se donner du ton, *mais dix fois moins*, affirme-t-il, qu'avant sa condamnation, *et alors impunément*. Or les accès revenaient régulièrement tous les soirs depuis seulement *trois jours* quand, la nuit, étant en faction, il tira un coup de feu sur un garde du génie dont le képi fut touché. On accourut à l'alerte et on le trouva les yeux hagards, brûlant de fièvre. Il fut transporté à l'hôpital où l'on constata des accès palustres avec *troubles intellectuels alcooliques*; il avait des hallucinations terrifiantes de la vue et des idées de suicide. Les fièvres paludéennes furent chez lui très violentes, longtemps rebelles au traitement et *durèrent, après qu'une médication appropriée eut mis fin à la folie alcoolique*. C'est seulement dans le courant de décembre qu'il put partir pour la France avec un congé de convalescence de trois mois. Il était très anémié. Durant la traversée, il fut repris par les fièvres qui persistèrent un mois encore après son retour dans ses foyers; *il n'avait pas fait d'excès d'alcool depuis son entrée à l'hôpital, il n'eut aucun trouble intellectuel*. En mars, à l'expiration de son congé, il était encore si faible qu'il obtint une prolongation de deux mois. De retour en Algérie à la fin d'avril, *il ne buvait que très modérément* quand il fut repris d'accès intermittents; *il but alors un peu plus, mais pas d'une manière immodérée*, néanmoins, *quelques jours après*, dans la nuit du 24 au 25, il eut un accès convulsif, bientôt suivi d'un délire furieux. Il avait des hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, commettait des actes de

violence, cherchait à se suicider ou à frapper ses camarades. On constata de nouveau des accidents palustres et cette fois tout céda rapidement au traitement. Quand les formalités pour le transfert à l'asile de Marseille furent terminées, la guérison était complète au physique et au psychique. Nonobstant il fut conduit à Saint-Pierre dans la crainte d'une rechute. Antoine X.... est resté dans mon service du 13 mai au 23 août sans jamais présenter aucun désordre intellectuel. Son passé m'a décidé à solliciter sa réforme et à le renvoyer chez lui, car j'en ai conclu qu'il était peu apte à faire un bon soldat.

Dans ce cas nous voyons le *delirium tremens* éclater deux fois sous l'influence de l'impaludisme chez un fils d'ivrogne, remarquable jusqu'alors par son extraordinaire résistance aux alcools, et qui, depuis un certain temps, ne buvait plus que très modérément, de telle sorte qu'il n'était point, à ces moment-là, un imprégné que la fièvre fait délirer, à preuve son absence de tout délire lors de la rechute de la traversée. En outre, la quantité de spiritueux qu'il absorba, durant les trois ou quatre jours d'accès qui précédèrent l'explosion des troubles intellectuels, n'eut pas suffi à les provoquer chez un héréditaire alcoolique à tolérance exceptionnelle qui avait une grande habitude des liqueurs fortes. Ici encore je ne vois que le miasme palustre pour expliquer les faits et leur enchaînement.

Si le sujet, au lieu d'être, comme le premier, un être normalement constitué ou, comme le second, un héréditaire alcoolique doué d'une résistance spéciale aux alcools, se trouve être, au contraire, un dégénéré vésanique supportant déjà très mal les spiritueux de par sa constitution névropathique, alors, non seulement l'alcoolisme se montrera plus rapidement encore, mais en plus, chez lui, il revêtira une forme exceptionnellement grave et pourra laisser, à sa suite, une démence précoce, irrémédiable, ainsi qu'il advint dans le cas suivant :

OBSERVATION III — Louis X..., vingt-cinq ans, caporal à la 21^{ème} section d'infirmiers militaires, entré à l'asile de Marseille en avril 1887. Intelligence peu développée. Pas de renseignements complets sur la famille; mais le malade apprend que, du côté de sa mère, toutes les personnes sont très nerveuses. *Aucune hérédité alcoolique*. Il n'est pas douteux que le sujet ne soit un prédisposé vésanique; car, en plus de son faible niveau intellectuel, il est porteur de stigmates physiques très accusés: visage asymétrique, oreille de Morel en feuille de papier avec absence et adhérence des lobules, crâne très irrégulier. Il aurait toujours joui d'une bonne santé. Entré au service le 5 décembre 1883, en juillet 1886 pour la première fois il eut les fièvres intermittentes à Gabsa. Elles cédèrent très vite à un traitement par la quinine sans occasionner de soif trop vive; d'ailleurs, Louis X.... avait toujours été d'une *sobriété absolue*. Elles revinrent plus violentes en décembre. Le malade, ennuyé d'aller à l'hôpital, négligea de les soigner, elles s'accrochèrent et s'accompagnèrent alors d'une grande soif. Louis X..., qui avait toujours eu une excellente conduite, qui n'avait jamais commis *aucun excès d'alcool*, se mit alors à *boire* pour se désaltérer et se fortifier, *mais cependant avec modération* et pourtant, en *janvier*, il présentait déjà des troubles intellectuels se traduisant par un besoin permanent d'excitation cérébrale et d'activité physique, contrastant singulièrement avec les habitudes tranquilles qu'on lui connaissait antérieurement. Dans deux circonstances où ce caporal iuectivait des militaires de service, le médecin-major put constater qu'il était en *état de demi-ébrété* et les renseignements recueillis lui firent connaître qu'il *buvait sans doute plus que d'habitude, mais pas au point d'expliquer la transformation survenue*; en même temps ses camarades affirmaient qu'il ne mangeait plus et qu'il avait maigri. Sur ces entrefaites, les accès cessèrent et avec eux le besoin d'alcool; Louis X.... ne but plus et redevint vite l'homme d'autrefois. En mars, les fièvres revinrent et le malade de nouveau *prit quelque alcool*; en deux jours, cette fois, une grave *folie alcoolique* éclata. Louis X.... ne dormit plus; il voyait des chacals dans la cour, près de son lit et troublait sans cesse, la nuit et le jour, la tranquillité de la caserne. On l'envoya de force à l'hôpital et voilà ce que dit le certificat: « Face vultueuse; yeux brillants; langue fortement chargée; température fébrile; embarras léger de la parole; divagations dans les réponses; tremblement très marqué des mains. » On

prescrivit des purgatifs et de l'opium à doses successivement croissantes. Mais le délire s'accrut. Pendant sept à huit jours, on donna 8 milligrammes de sulfate de strychnine. Une certaine amélioration se produisit et, le 20 mars, l'état était tel qu'on crut pouvoir céder aux instances du malade et le faire rentrer dans la salle commune, car jusqu'alors on avait dû le maintenir en cellule. Il reconnaissait alors que sa maladie intellectuelle provenait surtout des *quelques excès alcooliques* qu'il avait commis sous l'impulsion de ses fièvres, mais la leçon, disait-il, était suffisante; en somme, il semblait revenu au bon sens. La journée fut bonne; mais, la nuit, les divagations hallucinatoires et l'agitation violente recommencèrent. C'est alors que survinrent des idées de grandeur; le malade se figura être le Messie, le Sauveur du pays; il se crut doué de forces musculaires extraordinaires. Le lendemain, même état. On lui fit prendre du chloral; 12 grammes rapidement absorbés arrivèrent à peine à lui procurer une heure de repos. Les 27, 28 et 29, délire de plus en plus furieux. Du 30 au 2 avril, tranquillité relative. Le 3, retour du délire furieux. Le chloral fut administré sans succès à la dose quotidienne énorme de 10 grammes, 6 grammes le matin et 4 grammes le soir. Et l'agitation néanmoins se maintint toujours aussi violente jusqu'au départ pour l'asile Saint-Pierre.

A l'entrée du malade dans mon service, à Marseille, je le crus atteint de paralysie générale à forme expansive; les signes physiques étaient très nets: inégalité pupillaire, embarras de la parole, tremblements des muscles de la face, des lèvres et de la langue; les signes psychiques étaient non moins caractéristiques: conceptions délirantes absurdes de grandeur, exagération de la personnalité, émotivité puérile, irritabilité excessive contrastant avec une bienveillance exagérée; toutefois, dans les instants d'accalmie, on était étonné du degré de conservation de l'intelligence et de la conscience. Louis X... fournissait alors des renseignements précis sur son passé, sur son mal, son origine et les quelques excès alcooliques auxquels l'avaient entraîné ses fièvres. Peu à peu une transformation complète s'opéra, tous les symptômes physiques et psychiques de la paralysie générale disparurent, mais le retour à la raison et au calme ne s'effectua point; l'agitation persista avec incohérence des idées, et l'intelligence s'affaiblit de plus en plus. Quatre mois après son entrée, Louis X... avait tout l'aspect du maniaque chronique en démente; huit mois après, la perte irrémé-

diable de la raison n'était plus douteuse, le malade était devenu, en si peu de temps et malgré sa grande jeunesse, un dément agité avec tendances méchantes et taquines.

Dans ce cas, trois éléments sont intervenus : la dégénérescence vésanique, l'impaludisme et l'alcoolisme. Sous l'influence des fièvres intermittentes, le sujet, jusqu'alors sobre, s'est laissé aller à commettre quelques excès alcooliques et, alors, paludéen et prédisposé névropathique tout à la fois, il a été atteint rapidement de la forme la plus grave de l'alcoolisme, la forme paralytique qui a guéri par l'isolement, tandis que la prédisposition vésanique, mise fortement en mouvement, ne s'est pas arrêtée et n'a pas tardé à détruire irrémédiablement l'intelligence du sujet.

Si les premières manifestations aiguës de l'impaludisme sont susceptibles de produire une telle intolérance cérébrale aux alcools, plus elles se répètent et plus, comme on doit s'y attendre, le cerveau deviendra incapable de supporter les spiritueux, si bien que, le paludéen étant relativement sobre, le peu qu'il a l'habitude de prendre suffira cependant, au troisième ou quatrième paroxysme, à amener des troubles intellectuels alcooliques. Qu'on en juge.

OBSERVATION IV. — Gaston X..., trente-trois ans, mécanicien ajusteur de la marine, entré pour la première fois à l'asile de Marseille en septembre 1886 avec un certificat médical portant que le malade est atteint de *folie furieuse d'origine alcoolique*. Le certificat de vingt-quatre heures le déclarait « atteint de *délire alcoolique*; est en proie à des hallucinations constantes de la vue et de l'ouïe de nature terrifiante. Voit des animaux, des lions, des panthères. Mauvais état des organes de la digestion. Anorexie. » Et le certificat de quinzaine : « A éprouvé une amélioration notable dans son état mental, est beaucoup plus calme. A recouvré le sommeil et la conscience de son état. Présente encore un peu de tremblement musculaire et une

inégalité marquée des pupilles. » Il sortit guéri en octobre, après moins d'un mois de traitement. Il revint en mars 1887 avec un délire identique à celui ci-dessus décrit. Je vis alors le malade pour la première fois et je diagnostiquai sans hésitation, moi aussi, une *folie alcoolique*. Gaston X..., toutefois, protestait avec énergie contre l'accusation d'alcoolisme; il prétendait avoir des accès de fièvre intermittente revenant tous les deux jours à la même heure et il leur attribuait tous les désordres intellectuels dont il souffrait, désordres dont il était conscient quand on fixait son attention; d'après lui, en septembre 1886, c'était aussi l'impaludisme qui l'avait rendu fou et nullement l'alcool dont il n'usait que très modérément, beaucoup moins que la plupart de ses camarades. La température prise avec soin confirma ses assertions relatives à des manifestations paludéennes aiguës; il avait bien une fièvre intermittente tierce. Elle se compliqua rapidement de dysenterie. La quinine et le quinquina, associés au régime lacté et au sous-nitrate de bismuth, remirent tout en ordre. La rate était très hypertrophiée.

Guéri, Gaston X... nous raconta son histoire. *Il n'y avait pas d'aliénés dans sa famille et on n'y était pas buveur*; de fait, il ne présentait aucun stigmate physique de dégénérescence et n'avait jamais souffert d'aucun syndrome épisodique. Il avait reçu une instruction primaire très complète. Nous savions par ailleurs qu'il lisait beaucoup pour s'instruire et qu'il était un excellent ajusteur-mécanicien. Les notes étaient bonnes et, détail important, *on le signalait comme n'ayant pas d'habitudes alcooliques*; il n'avait, en ce qui le concerne, jamais remarqué chez lui *ni intolérance exceptionnelle, ni résistance démesurée*. Il avait toujours joui d'une bonne santé quand, en 1880, il eut pour la première fois les fièvres intermittentes dans le Sud-Oranais; elles furent à type quotidien et durèrent trois mois. En 1881, il les eut pour la seconde fois durant deux mois en Tunisie; elles revêtirent alors le type tierce. Elles revinrent pour la troisième fois en 1882 à Madagascar, sous le type quotidien, durant six semaines. A ces diverses époques le malade n'eut aucun trouble intellectuel. En 1883, étant au Tonkin, il fut de nouveau atteint et cette quatrième fois plus gravement que jamais durant cinq mois. Au cinquième mois il se trouvait très anémié, très affaibli; *il affirmait que s'il a alors fait des excès d'alcool, ceux-ci n'ont pu guère consister qu'en vin de quinquina, dont il usait assez largement, mais qu'en dehors de cela il buvait d'autant moins qu'il se sentait sans résistance*. Or, il

présenta pour la première fois, à ce moment, des désordres intellectuels identiques à ceux constatés lors des deux admissions à Saint-Pierre. Aussi sa surprise fut grande quand il entendit le médecin les attribuer à l'*alcoolisme*. Sûr de sa sobriété, il les rattacha, lui, exclusivement à son impaludisme, et guéri de ses fièvres, il continua à vivre comme par le passé. Jusqu'en septembre 1886, il n'eut aucun accès paludéen ; quand alors ils revinrent en s'accompagnant des mêmes troubles intellectuels qu'au Tonkin et qu'il entendit à l'asile Saint-Pierre le D^r Pons incriminer, lui aussi, l'*alcoolisme*, il n'en revint pas, car, depuis son retour de l'Extrême-Orient, *il avait bu moins encore que par le passé, et quand la rechute s'était produite, il avait surtout apaisé sa soif avec de la limonade au citron*. Ebranlé toutefois par cette double assertion médicale, à sa sortie de Saint-Pierre il avait *supprimé le vin de quinquina* pour se mettre à l'extrait en pilules, et *il avait encore considérablement réduit sa consommation journalière d'alcool*. Or, voilà que les fièvres revenant en 1887, il était de nouveau pris des mêmes troubles intellectuels et s'entendait de nouveau traiter d'*alcoolique*. Alors, s'écriait-il, il ne me reste plus pour échapper à ces maisons, quand les accès me prennent, qu'à me mettre au régime de l'eau.

Il nous paraît établi que Gaston X... n'a pas tout à fait tort quand il proteste contre l'accusation d'*alcoolisme* ; en réalité, il n'est pas un alcoolique dans le sens exact du mot, c'est un brave et excellent ouvrier, sans hérédité vésanique ni alcoolique, qui boit comme tout le monde, peut-être même moins que tout le monde, ainsi qu'il l'affirme, et qui, sans l'impaludisme, n'aurait pas plus eu, en 1886 et 1887, de troubles intellectuels qu'il n'en avait en 1884 et en 1885, années où il n'eut pas d'accès ; ce sont ceux-ci qui, en se répétant, ont fini par mettre son cerveau dans un état d'impressionnabilité telle que cet organe n'a même plus été capable de supporter la dose très ordinaire d'alcool absorbée par le sujet.

Dans ce cas, il s'agissait d'un sujet normal, vivant modérément, sans résistance spéciale et qui finit pour-

tant par présenter, à partir de la quatrième rechute, des troubles intellectuels alcooliques; dans le suivant, nous verrons un héréditaire alcoolique mettre longtemps à perdre son immunité et finir, néanmoins, par succomber en dépit d'une sobriété de plus en plus accentuée.

OBSERVATION V. — Jean X..., quarante-deux ans, menuisier, entré à Ville-Ervard en mai 1891. Les renseignements qui l'accompagnent portent : « Troubles intellectuels d'apparence *alcoolique*. Débilité. Hallucinations visuelles. Terreurs. Divagations. Insomnie. Veut saisir des objets imaginaires. Extravagances sur la voie publique. Fièvre. Incapable de donner des renseignements. Léger tremblement des mains. » A son arrivée dans mon service, le malade est très abattu ; à nos questions il répond que ce sont ses fièvres qui le tiennent comme jamais elles ne l'avaient tenu, que le soir il bout dans son sang et nage dans sa sueur, et qu'il a besoin avant tout de prendre de la quinine. Il a, en effet, le teint cachectique, le foie et surtout la rate hypertrophiés. Les constatations faites confirment ses assertions ; il a incontestablement des fièvres intermittentes revenant tous les soirs. En une semaine, avec un traitement approprié, il était complètement remis et nous fournissait les renseignements suivants : C'était sa première crise de folie, mais il protestait avec énergie contre toute imputation d'alcoolisme ; pour lui, c'étaient ses accès qui avaient fini par lui monter dans la tête. Sans doute, il était *filz d'ivrogne* ; mais, quant à lui, *il ne buvait pas. Ce n'était pas qu'il supportât mal la boisson en principe, tout au contraire, il s'était toujours connu, à cet égard, d'une résistance exceptionnelle*, seulement, miné depuis tantôt dix ans par l'impaludisme, il ne voulait pas achever de se démolir par les alcools, *d'autant plus qu'il n'était pas douteux qu'il perdait de plus en plus, avec les accès de fièvre, sa belle tolérance d'autrefois, et résistait de moins en moins à la boisson, aussi s'abstenait-il chaque jour davantage de tout excès*. Et voilà qu'on l'accusait maintenant d'avoir eu une crise de *folie alcoolique*, parce que, dévoré par les fièvres paludéennes, il avait aperçu des fantômes et avait voulu saisir des objets brillants qu'il voyait voltiger dans les airs ou rouler sur le sol. Il en était tout ahuri, tout ce qu'il endurait, répétait-il, tenait non à l'alcoolisme mais à l'impaludisme qu'il avait con-

tracté en 1872 en Algérie, où il avait eu la sottise idée d'aller chercher fortune et d'où il n'avait rapporté que ce mal qui empoisonnait son existence, car il revenait à chaque printemps, en l'affaiblissant chaque année davantage, mais jusqu'ici sans lui troubler cependant les idées comme cette fois. Il ne s'expliquait cette complication intellectuelle inattendue que par un affaiblissement progressif de son cerveau, vu que rien, en dehors des accès, ne la justifiait, et des *excès alcooliques moins que toute autre chose*. Que Jean X... ait eu une folie éthylique, cela ne me paraît pas douteux ; les troubles intellectuels qu'il a présentés et leur évolution sont, en effet, caractéristiques de cette forme mentale. « Ses assertions relatives à sa sobriété prêteraient à contestation, la plupart des buveurs étant coutumiers de ces sortes de dénégations. Mais ce qui fait l'intérêt de ce cas et lui donne une valeur, c'est que non seulement la famille, mais encore des camarades venus pour le voir, ceux-là complètement désintéressés et offrant toutes garanties de véracité, ont confirmé absolument ses dires. D'après eux, Jean X... avait été réellement un solide buveur, d'une résistance exceptionnelle qui s'était peu à peu fondue à mesure que les fièvres intermittentes revenaient, tandis qu'il buvait de moins en moins, conscient lui-même de cette intolérance progressive. » Ces renseignements précis montrent, me semble-t-il, le rôle joué dans ce cas par l'impaludisme, dont les attaques répétées ont fini par triompher de la résistance dont était doué ce sujet, et par lui occasionner, en dépit de sa sobriété de plus en plus grande, une folie alcoolique, en rendant ses cellules cérébrales impressionnables même à la petite quantité d'alcool qu'il absorbait.

Mais ce n'est pas seulement aux heures de ses manifestations aiguës que l'impaludisme crée une telle intolérance cérébrale aux alcools ; celle-ci persiste encore, avons-nous déjà indiqué, dans leurs intervalles, alors même que ces intervalles ont une durée, non pas seulement de plusieurs mois, mais encore de plusieurs années ; elle persiste, pent-on dire, tant que l'organisme est en puissance de poison et exposé, sous la poussée d'une cause occasionnelle quelconque, à avoir de nouveaux accès. Ce fait a une importance capitale, car il prouve péremptoi-

rement que l'élément fièvre n'a pas le rôle prépondérant qu'à un examen superficiel on serait tenté de lui attribuer dans les cas précédents, et que c'est bien le miasme palustre qui intervient activement puisqu'il conserve sa nocuité après que cet élément a depuis longtemps disparu. Voici des observations qui, je l'espère, démontreront l'exactitude de cette assertion.

OBSERVATION VI. — Etienne X..., vingt-huit ans, journalier, entré pour la première fois à Ville-Évrard en août 1890, avec les renseignements suivants : « *Accès subaigu d'alcoolisme. Hallucinations de la vue. Troubles de la sensibilité générale. Menaces de mort contre ses proches. Tentative de suicide par asphyxie avec du charbon. Tremblement des mains. Voit des bêtes sur le mur. On lui pince les orteils.* » A son entrée, le malade ne présente plus aucun trouble intellectuel, ayant séjourné quatre jours à l'admission de Sainte-Anne. *Pas d'hérédité vésanique ni alcoolique. Avant l'impaludisme, il n'avait jamais remarqué chez lui ni intolérance marquée ni résistance exceptionnelle. Aucun stigmat physique de dégénérescence et jamais de syndrome épisodique.* Pendant son service militaire en Algérie où il resta sept ans, il eut à la fin de la deuxième année des fièvres intermittentes à type quotidien qui nécessitèrent trois fois son entrée à l'hospice. Il ne s'est jamais depuis complètement débarrassé du miasme palustre ; il a d'ailleurs la rate hypertrophiée et le teint légèrement cachectique. Les fièvres lui reviennent généralement chaque automne, mais elles sont cependant assez facilement coupées par le sulfate de quinine ; néanmoins il est parfois à ces moments-là obligé de s'aliter. *Le malade établit de lui-même une relation entre son impaludisme et une intolérance croissante depuis la première atteinte de ce mal qu'il constate en lui pour les alcools, non seulement au moment des accès où elle est alors absolue, mais encore dans leurs intervalles.* Depuis les premiers accès, il lui est impossible de faire un bon dîner, fût-il même modérément arrosé, sans dérailler au dessert. Aussi évitait-il d'ordinaire toutes les occasions de boire et souvent il était à ce propos l'objet des quolibets de ses camarades de travail, qui le traitaient de tête faible et de femmelette. *Nous avons eu par voie indirecte la confirmation de ces détails très caractéristiques.* Vers la fin de juillet 1890,

il perdit une fille qu'il affectionnait beaucoup. Il voulut, pour s'étourdir, *nocer un peu, et n'opposa plus une aussi vive résistance aux invitations des amis. En moins de quinze jours, sans se laisser aller à aucun excès intempestif, en buvant simplement comme les autres, alors que depuis six mois il n'avait pas eu ses fièvres et que les accès de 1889 avaient été exceptionnellement bénins, tous détails dont nous avons pu rigoureusement contrôler l'exactitude*, il devint complètement aliéné un samedi de paye à la suite de deux absinthés bues à intervalles assez rapprochés. Il se souvient seulement d'être rentré chez lui très égaré et d'avoir eu une discussion avec les voisins. Que s'est-il passé ensuite? Il n'en sait rien. Il n'est revenu à lui qu'à Sainte-Anne où il était depuis la veille, d'après les renseignements qu'on lui a fournis.

Il est certain que dans ce cas, d'après les renseignements précis que nous avons recueillis, le malade s'est borné à fréquenter assidument les cabarets et à boire comme les camarades sans commettre des excès proprement dits; la vie qu'il a ainsi menée durant seulement deux semaines ne saurait donc, en dehors de toute autre cause adjuvante, expliquer la crise violente de folie alcoolique qui a si rapidement éclaté chez lui. Je veux bien que le chagrin de la mort de sa fille l'ait débilité; mais une cause morale de cette nature, chez un homme d'ordinaire sobre, est incapable de créer une telle intolérance aux alcools, surtout persistante, en dehors de toute dégénérescence névropathique. On reste, quand le *delirium tremens* éclate sous un choc moral, il succède de suite à ce choc et non deux semaines après. Il n'y a dans l'histoire de ce sujet que son impaludisme pour expliquer la catastrophe mentale qui l'a frappé, et le malade lui-même ne s'y est pas trompé, ayant remarqué depuis longtemps un rapport étroit entre ses fièvres d'accès et sa faible résistance à la boisson.

Dans les deux cas qui suivent, l'intolérance aux alcools est encore plus remarquable, car non seulement

elle s'est montrée chez des héréditaires alcooliques qui offraient aux spiritueux une extraordinaire résistance, mais encore elle a persisté alors que les accès restaient plusieurs années à reparaitre.

OBSERVATION VII. — Constant X..., trente-huit ans, charron, entré à l'asile de Ville-Evrard en février 1892 pour la cinquième fois. Tous les certificats d'admission se ressemblent : « *Folie alcoolique. Tendances au suicide. Agitation nocturne. Tremblements des mains. » Fils d'un charron ivrogne qui déjà avant son mariage s'alcoolisait, Constant X... a commencé à boire de très bonne heure, dès son apprentissage, et il a bu d'autant plus qu'il absorbait impunément des doses énormes de liqueurs fortes. Aucune hérédité névropathique.* Envoyé comme militaire en Algérie en 1872, il y but plus encore qu'en France et toujours offrant aux alcools une résistance quasi invincible ; il était arrivé à absorber trente absinthes dans sa journée sans broncher. Très noceur, il ne reculait pas devant la rapine pour festoyer ; mais il fut accusé et convaincu de complicité avec deux camarades du vol d'un porc, et pour ce larcin condamné à six mois de prison qu'il fit à Blidah. Sa peine achevée, il fut envoyé au Sénégal dans une compagnie de discipline. Là, il recommença ses excès alcooliques et toujours avec la même impunité : il ne se grisait jamais. Au bout d'un an, il fut atteint de fièvres intermittentes à type tierce, et dut entrer à l'hôpital pour ce mal. Après un mois de traitement environ, il en sortit guéri, mais alors il s'aperçut, à son grand étonnement et au grand étonnement de tous ses camarades, que son extraordinaire résistance aux alcools avait souvent stupéfiés, qu'il était devenu à peine capable de supporter deux petits verres. Il attribua tout d'abord cette intolérance à la faiblesse consécutive aux récents accès et il espéra qu'avec le temps, en reprenant des forces, il redeviendrait le beau buveur d'antan. Il n'en fut rien ; pourtant ses fièvres depuis ne l'ont pas beaucoup tourmenté. Dirigé sur la Martinique avec sa compagnie en 1874 et 1875, il n'eut durant ces deux années qu'une rechute qui ne dura guère plus de trois semaines. De retour en France en 1876, il rechuta une fois encore, toujours en type tierce, à la fin de 1879, et depuis lors, affirme-t-il, s'il est sujet à de fréquents maux de tête, surtout le matin au réveil, à des vertiges et à des bourdonnements d'oreilles, depuis 1879, c'est-à-dire depuis douze ans, il n'a plus

eu d'aeées franes; il a toutefois la rate légèrement hypertrophiée et le foie, au contraire, un peu atrophie. *Eh bien! l'intolérance aux alcools, malgré cette très longue absence de manifestation aiguë, s'est maintenue toujours à peu près absolue; jamais la résistance d'autrefois n'a été récupérée; une dose minime d'alcool suffit à déterminer des troubles cérébraux, nous avons pu nous en assurer plus d'une fois à l'asile.* Excellent eharron, Constant X..., rendait de grands services à l'établissement; or il lui est arrivé maintes et maintes fois de rentrer complètement gris et délirant au quartier pour avoir pris deux ou trois verres de vin dans les ménages où il allait faire des réparations, et nous sommes certains qu'il n'en avait pas absorbé davantage, ear il était à eet égard l'objet d'une surveillance spéciale exereée dans le but précisément de bien s'assurer de son degré de résistance à la boisson. Très affligé de cette situation, le malade a souvent essayé de réagir et de ne plus boire, mais il a toujours été vaincu dans eette lutte. Comme il le dit fort justement lui-même, si son impaludisme lui a ravi sa tolérance de jadis, il ne l'a pas débarrassé en même temps de ses mauvaises habitudes de nocer, au contraire.

OBSERVATION VIII. — Gustave X..., trente-neuf ans, lithographe, entré à l'asile de Ville-Evrard en avril 1893 pour la sixième fois. Tous les certificats d'admission se résument ainsi : « *Folie alcoolique avec crises de fureur et impulsions homieides.* » *Aucune hérédité vésanique, mais hérédité alcoolique par atavisme.* Le père était peu buveur, il aurait même plutôt été un homme sobre, tandis que le grand-père paternel avait été le plus grand ivrogne de la région, il avait même fini par se suieider dans une soulographie en se jetant à la rivière; or, détail très intéressant, si son fils n'a pas hérité de lui, ses deux petits-enfants, notre malade et sa sœur, sont des ivrognes. Cette dernière boit énormément et résiste très bien aux excès alcooliques; elle tient tête, paraît-il, aux plus forts buveurs du pays; elle a toujours joi de une excellente santé. Le premier a eomeneé à s'adonner à la boisson vers l'âge de dix-sept ans par goût naturel, d'après lui, ear il avait, selon son expression, ce besoin dans le sang; *comme sa sœur, il supportait très bien les eaux-de-vie et, pas plus qu'elle, les plus grands excès ne le grisaient.* En 1883, à vingt ans, il eut une fièvre typhoïde très grave qui nécessila plus de cinquante jours d'hôpital. Sa tolérance excessive des liqueurs fortes fut de ce chef un peu entamée; il ne fut plus aussi résistant que par le passé; il lui arriva

de se griser, accident qu'il n'avait jamais connu auparavant; néanmoins sa résistance était encore des plus remarquables, mais ce qui, pour lui, le mit complètement à bas, fut l'impaludisme contracté en 1885, à Oran, où il était typographe au service de la guerre. Comparativement, raconte-t-il, l'influence exercée par la fièvre typhoïde n'est rien; la fièvre intermittente, elle, ne vous prive pas du goût de l'alcool, au contraire, elle le développerait davantage, seulement elle vous met tout de suite en ribote et vous donne la gueule de bois.

Le fait est d'autant plus instructif à retenir qu'on a affaire à un sujet très intelligent, très en état d'apprécier ses manières d'être et qui a eu une dothiéntérie particulièrement grave et longue. Or, sur ce point, il est très net et très catégorique; malgré sa grave fièvre typhoïde, s'il résistait après moins bien aux alcools, sa résistance était encore très au-dessus de la moyenne, tandis que dès qu'il fut touché par l'impaludisme, c'en fut fait de toute sa résistance, il ne put plus boire même modérément, non pas seulement sans se griser, mais sans être jeté en fureur, transformé en bête fauve.

C'est en 1885, à Oran, ai-je dit, qu'il fut atteint pour la première fois de fièvres intermittentes; elles résistèrent deux mois au traitement et nécessitèrent son rapatriement, mais ne se compliquèrent point de symptômes cérébraux; il est vrai qu'il entra de suite à l'hôpital et, partant, ne fit point à ce moment d'excès de boissons. En France, les fièvres ne cessèrent que momentanément, car, jusqu'en 1888, elles revinrent chaque année, à des époques variables, deux fois le plus souvent, mais pour céder assez rapidement à la quinine. En décembre 1890, elles n'avaient plus reparu depuis deux ans, quand elles éclatèrent de nouveau à la suite de brûlures assez étendues. Le malade, alors interné à Ville-Evrard et occupé à la cuisine de l'asile, par suite d'une fausse manœuvre, se versa sur les jambes une chaudière d'eau bouillante. Deux jours après, des accès quotidiens se montrèrent dans l'après-midi, avec toute la symptomatologie classique des trois stades. Je suivis ce cas d'autant plus près qu'à l'asile de Marseille, dans des circonstances absolument identiques, — malade employé à la cuisine et s'étant échaudé, — j'avais vu revenir également les accès chez un paludéen qui faisait remonter à une dizaine d'années au moins sa dernière rechute, aussi jusqu'alors ne nous avait-il jamais parlé de son impaludisme dont il se croyait à tout jamais débarrassé.

Depuis cet incident curieux, qui constitue lui aussi une par-

ticularité intéressante de ce cas, les fièvres, coupées alors par la quinine, ne sont pas revenues. *Mais quant à l'intolérance pour les alcools, elle persiste toujours très accusée*, tandis que la tolérance de la sœur qui, elle, a toujours joui d'une bonne santé, se maintient intacte. La dernière fois que le malade lui a rendu visite, nous a-t-il raconté, elle a dû tout de suite, pour éviter des malheurs, l'enfermer dans la grange jusqu'au lendemain, alors qu'elle a pu continuer à trinquer toute la soirée avec les amis sans en être même incommodée. Il est certain que, sous l'influence d'une dose même minime d'alcool, Gustave X... a des impulsions d'une violence extrême; les deux faits suivants qui se sont passés à Ville-Evrard l'établiront. Un jour, travaillant aux champs, il s'éclipsa et alla consommer dans un des nombreux débits enserrant malheureusement notre établissement qui, à défaut de murs de clôture, est entouré d'une ceinture de cabarets. *Il but très modérément, au dire de tous*; mais, quand arriva le quart d'heure de Rabelais, au lieu de payer, il entra, à la grande stupéfaction des autres consommateurs *qui avaient pu constater le peu qu'il avait pris*, dans une fureur aveugle et brisa verres et bouteilles, cherchant en outre à assommer le cabaretier et ses clients qui ne durent leur salut qu'à une fuite précipitée. Il fallut requérir main-forte à l'asile, et à l'arrivée d'une escouade de six gardiens qui eurent beaucoup de peine à maintenir le forcené, tout était détruit dans le cabaret, juste châtiment d'ailleurs de l'immoralité du propriétaire qui attire chez lui les aliénés. Une autre fois, Gustave X... s'évada après avoir emprunté *vingt sous à un camarade, n'ayant rien en sa possession*; il était sept heures du soir. *La somme n'était pas forte et ne permettait guère de grands excès*; pourtant, *deux heures après*, la gendarmerie le ramenait écumant de fureur et solidement ficelé. L'extrait suivant du procès-verbal renseignera sur sa conduite : « Il était adossé au mur de la gare de Nogent et tenait à la main une pierre. Nous avons réussi à le désarmer par la persuasion et nous l'avons amené près du bureau des tramways, où il a été pris instantanément d'une crise de nerfs qui a duré quelques minutes et à la suite de laquelle il s'est mis à lancer de violents coups de pied. Ce n'est qu'avec peine que nous sommes parvenus à le calmer et à le faire sortir du bureau des tramways où on l'avait transporté et où, sans notre intervention, il aurait certainement tout brisé. Une fois dans la rue, il s'est mis dans une fureur indescriptible, lançant des coups de poing, des coups de pied sur quiconque l'appro-

chait, puis d'un bond il s'est élancé sur un maréchal des logis de hussards qui venait nous porter secours et qui a reçu sur la tête un coup de poing lancé avec une telle violence que son casque en est tombé sur la chaussée. Avec l'aide de ce militaire, nous sommes parvenus à maîtriser ce fou furieux et nous l'avons aussitôt attaché solidement pour le mettre dans l'impossibilité de nuire. »

Ces deux fois-là, le lendemain matin, Gustave X... était, au moment de la visite, complètement dégrisé et revenu à lui. Nous avons dû, depuis, renoncer à l'envoyer au travail et le faire étroitement surveiller. Voilà donc ce que l'impaludisme a fait de ce buveur qui absorbait des doses énormes d'alcool sans broncher ; le plus petit écart le met en fureur. Hélas ! répète-t-il, depuis mes fièvres, je sais que je ne peux plus boire et je devrais m'en priver, mais si je ne supporte plus la boisson, j'ai toujours dans le sang le besoin d'alcool ; ma sœur est, elle, bien heureuse, car n'ayant jamais quitté le pays elle n'a pas attrapé de maladie qui lui ait fait perdre sa résistance et elle peut tout à son aise se satisfaire en buvant tout son saoul.

Dans les deux cas qui suivent, nous avons affaire non plus à des héréditaires alcooliques offrant de par leur organisation cérébrale une résistance née aux alcools, mais, au contraire, à des héréditaires névropathiques qui, du fait même de leur constitution, n'étaient doués que d'une faible tolérance. Aussi, ici, l'influence de l'impaludisme dans l'intervalle des accès a-t-elle été encore plus accentuée que dans les cas précédents et pour ainsi dire proportionnée à la tare névrosique des sujets. L'un, en effet, qui était un simple prédisposé à un degré relativement faible, sans caractère de dégénérescence physico-mentale, pouvait encore, en dehors de ses fièvres, durant les longues intermittences, boire très modérément ; mais l'autre, qui était un vrai dégénéré névropathique, avait été contraint de se mettre au régime de l'eau, même aux repas.

OBSERVATION IX. — Albert X..., cinquante-trois ans, tourneur sur bois, entre à l'asile de Ville-Evrard en septembre 1892,

pour la deuxième fois. Hérité vésanique très accusée dans la ligne maternelle : mère et sœur mortes dans un asile d'aliénés. *Pas d'hérédité alcoolique.* Rien ne trahit la prédisposition héréditaire du sujet ; pas de stigmate physique de dégénérescence et jamais de syndrome épisodique. *Vis-à-vis des alcools il a été de tout temps doué d'une assez faible résistance, aussi le plus possible s'abstenait-il de tout écart.* Il avait toujours joui d'une bonne santé, quand, en 1870, il avait eu en Algérie, où il avait été chercher fortune pendant la guerre, les fièvres intermittentes à type tierce pour lesquelles il resta cinq mois à l'hôpital de Milianah. *Dès sa sortie, il s'aperçut que son intolérance des alcools était subitement devenue radicale, et il dut se réduire par repas à une chopine de vin au plus.* Trois mois après, il rentra en France où, néanmoins, il vit revenir ses fièvres toutes les fois qu'il était atteint d'une maladie quelconque susceptible de le débilitier, et aussi quand il se fatiguait trop au travail ; mais le sulfate de quinine en a toujours triomphé assez facilement. C'est ainsi qu'elles se montrèrent en 1872 et en 1874, à la suite de deux pneumonies, en 1875, à la suite d'une forte angine et, en 1880, d'une courbature très douloureuse, puis entre temps, à diverses reprises, consécutivement à des veillées prolongées au travail. Le foie et la rate étaient d'ailleurs légèrement hypertrophiés.

Je vis le malade pour la première fois lors de sa seconde admission. Le certificat médical portait : « *Alcoolisme subaigu avec dépression mélancolique et idées persistantes de suicide. Illusions et hallucinations nocturnes : le malade voit du feu, des animaux. Tremblements. Il a tenté de s'empoisonner avec de l'eau de laurier-cerise. Déjà traité.* » Tandis que j'en prenais connaissance avant de l'interroger, je fus tout surpris d'entendre Albert X... me tenir *spontanément* ces propos : « On doit vous dire là-dedans que je suis un buveur, cela n'est pourtant pas vrai, vous pouvez m'en croire ; la faute en est surtout à mes fièvres paludéennes, car, depuis que je les ai, je suis devenu absolument incapable de supporter la moindre boisson ; ce sont elles surtout qui sont cause de mes deux isollements. » Il était à ce moment complètement remis des troubles intellectuels alcooliques qui avaient nécessité son arrestation et il me fournit tous les renseignements que j'ai donnés plus haut et il ajouta les suivants. Lors de sa première séquestration en juillet 1887, *il avait rompu en partie avec ses habitudes de sobriété sous l'empire d'un chagrin domestique ; des démêlés*

avec le mari d'une nièce qu'il affectionnait beaucoup et qu'il avait élevée comme son enfant et dont la moralité laissait à désirer. Alors, raconte-t-il, j'ai fréquenté les cabarets pendant huit jours, comme les camarades, pour m'étourdir et encore en buvant moins qu'eux ; mais comme, depuis mes fièvres, je ne supporte en aucune façon la boisson, alors même que je ne les ai pas, ce qui était précisément le cas, cela a suffi à me rendre fou. » Le certificat de cette époque portait : « Dépression mélancolique *avec alcoolisme*. Bizarries. Exaltations intellectuelles par intervalles. Idées de suicide. Extravagances. Sensiblerie. Il demande qu'on le protège contre ses tendances au suicide. Conscience de son état dans une certaine mesure. » Il sortit vingt jours après complètement guéri, réclamé avec instance *par son patron qui, confirmant toutes ses assertions*, le représentait comme un excellent ouvrier, un *sobre d'habitude et devenu momentanément aliéné sous l'influence de quelques excès qui n'auraient certes pas suffi à ébranler le cerveau d'un homme bien portant*. La seconde fois, les choses s'étaient passées à peu près de la même façon, seule la cause occasionnelle du dérangement dans la conduite très régulière du sujet avait varié, au lieu d'une douleur domestique, il s'agissait d'un grave contretemps dans son travail ; le patron qui l'avait jadis réclamé était mort et son successeur ne semblait pas lui porter le même intérêt. Il eut le tort, malgré la leçon reçue précédemment, d'aller encore au cabaret avec les camarades, et tout aussi rapidement, bien qu'il ne fût pas en cours d'accès, *en buvant modérément*, il redevint aliéné ; cette fois encore, il se remit en moins de deux jours et fut remis à la liberté en moins de deux semaines. *Les renseignements précis que nous avons pu recueillir sur cet homme ne nous ont laissé aucun doute sur tous les détails de son histoire et c'est pour cela que nous rapportons son cas. Pour tous, parents et camarades, il est incontestable qu'Albert X... était incapable de supporter, en fait de boisson, une quantité absolument insuffisante, même à mettre en gaieté, et ceux d'entre eux qui l'avaient connu jadis étaient unanimes à affirmer que cette excessive intolérance datait de son voyage en Algérie.*

OBSERVATION X. — Le malade qui fait l'objet de cette observation n'a jamais été enfermé dans un asile d'aliénés, et cela, comme il le dit lui-même, parce qu'il se surveille. C'est un officier d'administration très distingué, âgé de vingt-huit ans et qui a attrapé les fièvres intermittentes dans une de nos colonies et qui ne parvient pas à s'en guérir, car elles revien-

ment chaque été et sont parfois très tenaces. Il a la rate hypertrophiée et le foie douloureux. *Aucune hérédité alcoolique*, mais une double hérédité vésanique très chargée. Très bien doué au point de vue intellectuel et affectif, Isidore X..., qui porte de nombreux stigmates physiques de dégénérescence, est en outre, au point de vue émotif, un déséquilibré : il possède un faisceau de syndromes épisodiques, dont il est très conscient, qu'il dissimule avec soin, mais qui empoisonnent sa vie. C'est donc un dégénéré type. Or, ce jeune officier qui jadis était déjà assez sensible à l'action des alcools, en est arrivé, *depuis son impaludisme, à ne plus les supporter du tout, même en quantité infime et cela, non pas seulement au moment des accès, mais encore dans leurs intervalles*. C'est l'intolérance paludéenne la plus radicale que j'aie rencontrée ; elle est à la lettre complète, car Isidore X... *en est arrivé à ne pouvoir boire que de l'eau aux repas ; s'il use du vin, il a la tête prise en sortant de table*. En dehors de sa névropathie, aucune cause autre que l'impaludisme n'explique ce curieux état, et comme celui-ci n'existe que depuis les *fièvres intermittentes, qu'il a été croissant avec leurs répétitions*, la relation qui les unit me paraît démontrée : « Pour peu que mes accès reviennent, disait-il en riant, il arrivera un instant où je ne pourrai plus même supporter ni le filet madère, ni la sole au vin blanc. »

Il est, enfin, un dernier côté de la question à envisager, je veux parler des rapports de l'impaludisme avec les habitudes viciennes alcooliques et avec la dipsomanie. Une distinction s'impose tout d'abord, selon que celles-ci existaient ou non à l'éclosion des fièvres intermittentes. Nous avons rapporté, dans le cours de ce mémoire, des observations qui établissent nettement, croyons-nous, que les plus solides buveurs, objets d'admiration des habitués d'estaminet et d'envie par suite de leur extraordinaire résistance aux alcools, perdent, par l'intoxication paludéenne, cette tolérance dont ils étaient si fiers au point de devenir incapables de tenir tête à deux tournées, et cela non seulement aux heures d'accès, mais encore dans leurs intervalles les plus prolongés, c'est-à-dire tant qu'ils restent en puissance du mal. S'il

en est ainsi de ceux qui, par transmission héréditaire ou autre cause, étaient jusqu'alors rebelles à l'ivresse et au délire alcoolique, à plus forte raison les impressionnables de naissance seront-ils plus vite encore et fortement livrés par le miasme palustre à l'action enivrante et délirante des liqueurs fortes. Nous en avons aussi fourni des exemples démonstratifs. Mais tous ceux qui jusqu'ici ont fait l'objet des observations que nous avons données, étaient des noceurs qui buvaient pour festoyer, nullement pour apaiser un besoin pathologique impérieux, exigeant satisfaction sous peine d'angoisse en cas de non-assouvissement. Il serait donc intéressant de rechercher si l'impaludisme a sur la résistance du vrai dipsomane l'action neutralisante qu'il a sur celle du vulgaire buveur. Depuis sept ans que mon attention est attirée de ce côté, je n'ai rencontré que deux véritables impulsifs à la boisson, devenus paludéens postérieurement à leur dipsomanie. Or, tous les deux avaient perdu à la suite de l'impaludisme la tolérance absolue aux spiritueux dont ils étaient doués auparavant au moment des paroxysmes, si bien que, restés quand même dipsomanes, mais désormais sans défense contre l'action de l'alcool, ils avaient échoués l'un et l'autre dans des services d'aliénés pour folie alcoolique. En est-il toujours ainsi ? Je ne saurais l'affirmer, mais il est néanmoins instructif de noter que, dans les deux seuls cas que j'ai pu observer, la résistance a été perdue. Voici ces deux observations dans tous leurs détails, car en dehors même du point particulier qui nous occupe, elles ne sont point dépourvues d'intérêt.

OBSERVATION XI. — Michel X..., quarante-huit ans, maçon, entre à l'asile de Ville-Evrard en septembre 1890. *Hérédité vésanique et alcoolique* ; sa mère a été enfermée pour crises maniaques à plusieurs reprises et le père a été séquestré trois fois pour *delirium tremens*. Le sujet est porteur de stig-

mates physiques et psychiques. Parmi les premiers : crâne très asymétrique, le côté droit, surtout les bosses, frontale et pariétale, moins développées que de l'autre côté ; paupière droite beaucoup plus abaissée que la gauche ; depuis l'âge de quinze ans, ptérygion double ; voûte palatine fortement ogivale, formant presque une gouttière ; adhérence du lobule. Du côté intellectuel : un faible développement ; malgré une longue fréquentation de l'école, ce malade sait à peine lire et écrire ; par contre, il a toutes les superstitions, et il a épousé, quatorze ans auparavant, malgré l'opposition de tous les siens, une femme plus âgée que lui de beaucoup, veuve déjà de deux maris et mère de trois enfants en vie. Le certificat d'admission portait : « *Alcoolisme chronique avec accès subaigus* ; hallucinations de la vue ; insomnie ; divagations ; agression contre les personnes ; insulte les passants ; menace d'incendies ; désordre des actes ; se promenait tout nu dans la rue ; piteute. »

A son arrivée à Ville-Evrard, après avoir passé trois jours à l'admission, Michel X... était complètement revenu à lui, mais il nous fut vite démontré que nous n'obtiendrions de lui aucun renseignement sur ses habitudes d'intempérance qu'il dissimulait avec le plus grand soin. Il consentit seulement à nous apprendre que, dans sa première enfance, il avait eu la variole et que, dans les deux dernières années, il avait contracté des fièvres paludéennes chez une de ses belles-filles dans l'Hérault, en pêchant à la ligne ; mais, à l'entendre, il était d'une sobriété rare et victime des mauvais sentiments de sa famille. Heureusement, *celle-ci et aussi de nombreux amis* de Saint-Maur, où il résidait, venus pour le voir, nous permirent de constituer son histoire.

Déjà, avant son mariage célébré en 1876, il était dipsomane et, jusqu'à l'époque où il eut pour la première fois les fièvres intermittentes, la situation n'avait pas varié. Les crises dipsomaniaques survenaient toutes les six, ou plutôt toutes les huit semaines au plus tard et duraient seulement de trois à quatre jours. Dans leurs intervalles, le malade, d'un caractère assez sombre, causait fort peu ; il supportait alors très mal l'alcool, pour lequel il avait dans ces moments-là plutôt de l'aversion, au point de décliner le plus souvent les invitations et de ne boire aux repas que de l'eau rouge. Le paroxysme dipsomaniaque s'annonçait par une transformation complète du caractère, qui devenait gai, expansif et lubrique, en même temps qu'apparaissait à la paupière gauche un tic nerveux, par lequel il clignait

l'œil de ce côté. Il serait même permis de se demander si ce sujet n'était point un circulaire à courtes périodes expansives avec impulsions à boire. Dans tous les cas, le besoin d'alcool devenait rapidement aussi intense qu'impérieux et la tolérance pour les spiritueux croissait parallèlement, au point que Michel X... absorbait, sans broncher, jusqu'à un litre de rhum dans sa journée; le sommeil était nul et l'appétit vorace. On ne pouvait, dans ces moments-là, lui reprocher qu'une trop grande licence dans ses conversations, mais il ne commettait pas d'acte répréhensible, et s'il était taquin, il n'était point méchant. Aussi put-on le garder sans trop de peine pendant quatorze ans.

En juin 1889, il alla en villégiature chez une de ses belles-filles, récemment mariée dans l'Hérault, à la grande satisfaction de sa famille, heureuse d'en être débarrassé pendant quelques mois, mais qui paya cher par la suite ce soulagement momentané. En effet, en pêchant à la ligne dans les étangs de la contrée, Michel X... contracta des fièvres intermittentes qui le tinrent violemment durant trois mois. Il rentra à Paris très fatigué et très anémié, et on ne tarda pas à avoir le chagrin de constater une triple modification très désavantageuse de ses crises dipsomaniaques. En premier lieu, elles avaient doublé de fréquence et de durée; au lieu de revenir toutes les six ou huit semaines et de se dérouler en trois ou quatre jours, elles se montraient tous les mois et se prolongeaient une bonne huitaine. Encore la famille se serait-elle résignée à cette aggravation, si le malade était resté tel que jadis; mais ce qui la consterna, c'est qu'il avait complètement perdu la tolérance d'antan, et qu'il était devenu aussi sensible aux alcools pendant les crises, qu'il l'avait toujours été pendant les intervalles. Il fut désormais impossible de le perdre de vue, tant que durait l'appétence alcoolique, car il était méchant et obscène dans ses actes, ne se contentant plus de l'être en paroles; on dut en outre s'efforcer, au prix de scènes et de luttes violentes, de réduire la quantité d'eau-de-vie qu'il absorbait, car il était maintenant exposé à des crises délirantes avec hallucinations variées. Dans les périodes intermédiaires, la situation ne s'était pas modifiée.

En mars 1891, il voulut à toute force retourner chez sa belle-fille dans l'Hérault. Comme les fièvres, depuis son retour, l'avaient repris une fois durant l'hiver, sa femme, malgré le soulagement que son absence devait lui procurer, s'efforça de le dissuader de ce voyage par crainte d'une nouvelle intoxication paludéenne et d'une aggravation consécutive de son mal.

Il ne voulut rien entendre, prétendant qu'au printemps le miasme palustre n'était pas à redouter. Toutes les prévisions pessimistes de la famille se réalisèrent. Le malade rechuta très gravement peu après son retour chez sa belle-fille et revint à Paris plus dipsomane et moins tolérant qu'avant son départ. Il ne passa même plus quinze jours sans avoir sa crise qui se prolongeait près de deux semaines. La vie avec lui était devenue impossible et même périlleuse, à cause de ses emportements et de ses violences quand il avait bu. Bien des fois on pensa à l'enfermer ; mais, en prévision de cette éventualité qu'il entrevoyait, il faisait de telles menaces de mort contre ceux qui l'exécuteraient que personne n'osait s'y risquer. Les choses en étaient là, quand il se fit de lui-même arrêter pour être sorti tout nu dans la rue.

A l'asile, il nous a été donné deux fois de constater par nous-même les transformations décrites par l'entourage du sujet, et, en particulier, le tic de la paupière ; alors Michel X... trouvait toujours le moyen de voler quelques rations de vin aux camarades ou de leur en acheter en cachette. Dans les périodes intermédiaires, il se montra très sobre, assez sombre, mais pas précisément déprimé et s'occupant assez bien au quartier. Moins de deux mois après son entrée, la famille, malgré nos conseils, craignant de plus en plus sa vengeance, le reprit. J'ai su depuis que, trois fois, le malheureux s'était fait de nouveau arrêter pour attentats aux mœurs ou violences dans la rue et envoyer dans un asile.

OBSERVATION XII. — Théophile X..., serrurier, cinquante ans, entre à Ville-Evrard en août 1892. *Pas d'hérédité vésanique, mais double hérédité alcoolique.* Le père, âgé de soixante-dix-huit ans, avait toujours été un buveur et, malgré son grand âge, il prenait encore la goutte au moins trois fois par jour ; il supportait admirablement la boisson, ainsi que sa femme qui, elle aussi, y était de tout temps très adonnée. Le malade a eu à dix-huit ans une syphilis incomplètement traitée, et, depuis une dizaine d'années, il est assez sujet à des céphalées nocturnes pour lesquelles il n'a jamais suivi aucune médication ; à part cela, bonne santé. Pas de syndrome épisodique proprement dit, mais un faible niveau intellectuel et une grande instabilité mentale ; toujours mécontent de sa situation, il en changeait fréquemment et souvent pour avoir plus mal. Comme stigmates physiques : implantation très basse des cheveux qui couvrent presque complètement le frontal d'ailleurs fort peu développé ;

rétrécissement bi-pariétal très accusé; aplatissement marqué de l'occipital; à première vue, le crâne est manifestement microcéphale; maxillaire droit inférieur beaucoup plus développé que l'autre, voûte palatine en ogive.

Le certificat d'admission portait : « Est atteint d'*alcoolisme subaigu*; débilité mentale, incohérence, turbulence, visions pénibles, frayeur, insomnie, tremblements des mains, contusions sur le corps. » A l'arrivée à Ville-Evrard, après avoir passé quarante-huit heures à l'admission, l'état mental était satisfaisant et le malade nous fournissait les renseignements suivants, *confirmés dans la suite par sa femme et par des amis venus pour le visiter*. Jusqu'à l'âge de trente-cinq ans environ, il n'offrit rien de particulier relativement aux alcools. Supportait-il mieux qu'un autre, il ne le sait pas bien; car il n'avait jamais été grand buveur. Il avait un frère aîné atteint de dipsomanie périodique qui, excellent ouvrier d'ordinaire et père de famille très rangé, était pris assez régulièrement, à chaque renouvellement de saison, d'une soif irrésistible d'alcool qu'il devait satisfaire à tout prix et malgré tous les efforts de sa volonté. Notre malade s'était toujours estimé heureux de n'avoir point hérité de ce besoin de boire, quand il fut tout à coup atteint à son tour, mais dans des conditions toutes spéciales. Marié très jeune à une femme très féconde qui, tous les quinze mois, mettait au monde un enfant, il avait été harcelé de misères et de privations, manquant souvent de travail et souffrant la faim pour nourrir ses nombreux petits. Il expliquait par l'épuisement qui en résulta les phénomènes dont il a été depuis cette époque la victime et que voici : était-il absolument à jeun, il ne ressentait pour l'alcool aucune appétence; mais avait-il le malheur de se laisser aller à un excès même relativement léger, quelques verres de vin par exemple, il éprouvait non de l'ivresse, mais une espèce d'euphorie, une griserie agréable avec besoin croissant et irrésistible de boire encore davantage. Et, pendant cinq ou six jours, il était entraîné malgré lui à absorber des quantités énormes d'eau-de-vie qu'il supportait à merveille. Rien ne l'arrêtait, pas même la pensée de ses enfants pour lesquels, à l'état normal, il se privait de tout, et pendant ce temps il était l'homme le plus heureux de la terre, gai et content, se sentant doué d'une santé et d'une force extraordinaires, mangeant et dormant bien, il oubliait sa misère et voyait tout en beau; par exemple, à partir du cinquième ou du sixième jour au plus tard, il payait cher ce bon-

heur éphémère et trompeur, car apparaissaient des troubles gastriques très pénibles, des crampes d'estomac très douloureuses avec nausées et vomituritions, une faiblesse générale accompagnée de sueurs froides, une céphalée atroce, une insomnie persistante, un dégoût des aliments et surtout de l'alcool, des troubles sensoriels mal définis et un immense désespoir, de telle sorte que, durant une semaine, il devenait l'homme le plus souffrant et le plus malheureux de la terre. Aussi se gardait-il de la boisson comme du feu, sachant par expérience ce qui l'attendait. Lui et son entourage faisaient très bien la différence de son mal et de celui de son frère. « Quand ça nous tient tous les deux, disait-il, nous avons la même soif; mais elle se développe toute seule chez mon aîné, tandis que chez moi elle ne se montre jamais tant que je n'ai pas commencé à boire. »

Les crises de Théophile X... ont pu être bien étudiées par lui-même et sa famille, car il lui est arrivé plus d'une fois d'être surpris, même lorsqu'il ne pensait pas s'être assez oublié pour déterminer le retour de la crise. Comme l'appétence était durant le paroxysme le seul phénomène anormal, que le patient n'éprouvait du fait de ses excès, quels qu'ils fussent, ni délire, ni même ivresse, il avait toujours pu rester en liberté; mais, en 1884, de plus en plus malheureux et poussé aussi par sa manie de chercher sans cesse une position meilleure que celle occupée dans le moment, il avait été chercher fortune au Panama. Là, peu après son arrivée, il fut très gravement atteint d'impaludisme et resta plusieurs mois à l'hôpital. Il en résulta tout à la fois, relativement à ses dispositions organiques vis-à-vis de l'alcool, une impressionnabilité plus grande et une intolérance absolue. Il fallut depuis lors une dose encore plus minime de spiritueux pour amener une crise, en même temps que son cerveau, tandis qu'elle se déroulait, n'avait plus la résistance d'autrefois. Aussi son isolement à Ville-Evrard était-il le troisième depuis son malencontreux voyage en Amérique. Il avait été enfermé une première fois là-bas, une seconde fois à Quatre-Mares pour avoir trop fêté au Havre le retour dans la mère-patrie, et quant à sa troisième séquestration, celle qui l'amena dans mon service, elle avait été motivée par une triple tournée imposée pour ainsi dire par des contremaîtres de son travail qu'il avait craint d'offenser par des refus persistants. Ainsi, jadis la résistance était absolue durant les paroxysmes et, depuis l'impaludisme, c'est l'intolérance qui l'était.

Au cas où, au contraire, le sujet n'était en aucune façon adonné à la boisson lors de l'éclosion de l'impalndisme, il convient de distinguer s'il était ou non porteur de prédispositions latentes à boire, car l'action du miasme palustre paraît susceptible de différer dans ces deux éventualités. Le malade est-il en possession d'une appétence alcoolique jusqu'alors endormie et que les circonstances n'ont pas encore éveillée, mais qui n'attend qu'une excitation un peu vive pour se manifester, l'impalndisme deviendra une cause occasionnelle puissante, par la soif qu'il amène et le besoin de fortifiant qu'il détermine. Chacun sait, en effet, que beaucoup d'enragés buveurs ont été longtemps sobres, très sobres même, jusqu'au jour où un excès est venu fortuitement leur mettre à la bouche le goût et au cœur les délices de l'alcool; à ceux-là, il a fallu, pour que l'instinct se fit connaître, qu'une première satisfaction lui fût accordée, comme, à certaines femmes qui deviennent par la suite des érotiques effrénées, il a fallu les premières approches de l'homme pour leur révéler l'existence de leurs sens. J'ai connu pas mal d'héréditaires alcooliques qui, précisément, ont débuté dans l'ivrognerie au cours d'accès intermittents qui les avaient portés à boire pour se désaltérer, et se tonifier. A cet égard, le rôle de l'impalndisme n'a rien de spécial; ce qu'il offre de particulier, c'est d'anéantir la résistance aux boissons que le sujet pouvait posséder; il est donc de ce fait plus nuisible que toute autre cause occasionnelle. Pour ne pas allonger outre mesure ce travail déjà trop long, je m'abstiendrai de donner ici des observations, car la mise en branle de la prédisposition à boire sous l'influence d'une circonstance fortuite, qui initie la victime aux voluptés traîtresses de l'alcool, est très solidement démontrée et, d'un autre côté, les douze cas que nous avons déjà rapportés nous semblent établir suffisamment la fragilité

cérébrale aux spiritueux que le miasme palustre développe.

Mais lorsque le malade n'est en aucune façon un prédisposé à la boisson, l'impaludisme est-il capable, par lui-même, de le transformer en buveur ou en dipsomane? Autant j'ai été affirmatif jusqu'ici, autant je deviendrai hésitant, pour ne pas dire négatif. Il convient, cette fois encorc, de distinguer, selon que les accès existent ou ont momentanément cessé pour une période qui sera plus ou moins longue. Que, lors des crises de fièvre, la soif soit vive chez tous, cela est certain; que cette soif, vive chez tous, s'accompagne chez quelques-uns d'une appétence alcoolique, j'en ai rapporté plus haut des exemples typiques. Mais il est non moins incontestable que ce dernier fait se présente à titre d'exception et que le paludéen en activité du mal a le plus souvent le désir d'une boisson fraîche et douce. Et alors il paraît rationnel de se demander si, quand le besoin d'alcool se produit chez certains, il n'est pas dû à une prédisposition latente et méconnue, car alors pourquoi le plus grand nombre éprouverait-il une sensation contraire? Sans doute j'ai rencontré des cas où cette prédisposition, héréditaire ou acquise, ne semblait pas exister: tel celui de notre première observation, et où pourtant chaque retour des fièvres ramenait la soif des liqueurs fortes. Mais à qui sait par expérience combien il est difficile de pénétrer à fond les secrets des antécédents personnels ou de famille, le doute que j'exprime ne paraîtra pas exagéré, alors surtout qu'il s'agit d'un phénomène non général ou même fréquent, mais absolument exceptionnel.

Si je suis dans le vrai en émettant de telles réserves sur l'origine de la dipsomanie des accès, à plus forte raison serai-je autorisé à les renouveler pour les excès qui, commencés au cours de ceux-ci, se poursuivent dans

leurs intervalles. Il me faut bien avouer encore avoir rencontré des sujets, dignes de foi et dont les assertions se sont trouvées corroborées par des enquêtes nombreuses et impartiales, qui n'aient tout excès antérieur de même que toute tendance due à l'hérédité ou à l'acquisition, si bien qu'un instant j'ai été ébranlé ; mais les mêmes arguments que tout à l'heure se présentent et avec plus de force encore. Aussi, jusqu'à preuve plus évidente, je me bornerai à tirer de cette étude les conclusions suivantes que je serais heureux de voir contrôler par mes collègues des asiles. Quand j'ai entrepris mes recherches sur l'impaludisme des aliénés confiés à mes soins en 1887, mon attention ayant été appelée de ce côté par l'intéressant mémoire de M. Lemoine qui venait de paraître, je ne soupçonnais en aucune façon les rapports de ce mal avec l'alcoolisme, dont ne parlait pas ce distingué aliéniste. Grand fut donc mon étonnement, quand, peu à peu, m'apparut évidente l'intolérance que je me décide à dénoncer aujourd'hui après six ans d'études. Si mes conclusions sont erronées, je n'aurai pas à me reprocher d'avoir ménagé ni ma peine, ni mon temps. Les voici :

I. — D'une manière générale, il est vrai de dire que l'impaludisme a le fâcheux privilège de créer une intolérance cérébrale très marquée aux alcools.

II. — C'est par l'intermédiaire d'une altération du sang que le miasme palustre paraît produire cette intolérance.

III. — Par suite de cette intolérance, un sujet normalement constitué, s'il boit même modérément au cours d'une première manifestation aiguë d'impaludisme, est exposé à avoir rapidement du delirium tremens.

IV. — L'héréditaire alcoolique, doté par transmission familiale d'une résistance spéciale aux alcools, est lui-même exposé, au cours de la première manifestation

aiguë de l'impaludisme, à perdre cette résistance et à être également, pour peu qu'il boive copieusement, atteint aussi de *delirium tremens*.

V. — L'héréditaire névropathique, déjà peu résistant de par sa constitution, non seulement succombera plus facilement et plus rapidement encore que les deux précédents, mais il sera en outre exposé à une forme grave d'alcoolisme cérébral avec démence précoce consécutive.

VI. — Ce qui est vrai des premières manifestations aiguës de l'impaludisme, l'est à plus forte raison des récidives, de telle sorte qu'un sujet qui avait résisté tout d'abord, soit par suite d'une tolérance alcoolique exceptionnelle héréditaire ou acquise, soit par suite d'une sobriété relative, est exposé à avoir tôt ou tard du *delirium tremens*, proportionnellement à cette tolérance et à la quantité de liqueurs fortes qu'il absorbera au cours d'un accès ultérieur.

VII. — L'intolérance cérébrale aux alcools, amenée par l'impaludisme, persiste même dans les intervalles parfois fort longs des rechutes, le paludéen fût-il un héréditaire alcoolique à grande résistance antérieure, et il semblerait qu'il y ait là une preuve de la présence du miasme palustre dans l'organisme, la résistance perdue ne se retrouvant que lorsque l'économie est complètement débarrassée du poison.

VIII. — L'impaludisme est susceptible de faire perdre sa tolérance non seulement au buveur, mais encore au vrai dipsomane, qui jusqu'alors, au moment des crises, avait présenté une résistance exceptionnelle aux alcools.

IX. — Quand, lors de l'intoxication paludéenne, le sujet n'avait aucune habitude alcoolique, s'il se trouve être néanmoins porteur de prédispositions latentes à boire, l'impaludisme sera pour la mise en activité de

celles-ci une cause occasionnelle puissante et d'autant plus redoutable qu'elle déterminera en même temps une excessive intolérance aux alcools.

X. — Jusqu'à plus ample informé, il ne nous semble pas que l'impaludisme soit capable par lui-même, en dehors de toute prédisposition alcoolique, d'engendrer des besoins ou des impulsions à boire des liqueurs fortes au moment des accès et à plus forte raison dans leurs intervalles.

LES LÉSIONS DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le D^r J. DAGONET (1)

Les lésions que l'on rencontre dans la paralysie générale, surtout quand cette affection est arrivée à un stade avancé, sont complexes. Prises isolément, ces lésions n'ont pas de caractère pathognomonique, c'est par leur ensemble qu'elles permettent le diagnostic anatomo-pathologique de la paralysie générale. Les lésions ne portent pas seulement sur l'encéphale et sur les méninges, mais elles sont généralisées à tout le système nerveux. Aussi pouvons-nous dire de suite qu'il n'existe pas de dénomination anatomo-pathologique satisfaisante pour cette maladie et qu'il est préférable de lui laisser encore son nom clinique « d'ensemble », comme on l'a dit, de *paralysie générale progressive*.

On a insisté tout d'abord sur des lésions de *méningo-encéphalite*. On observe en effet l'injection, l'épaississement des *méninges*, leur opacité et leur aspect laiteux, l'œdème du tissu sous-arachnoïdien, considéré par Bayle comme la lésion primordiale, les *adhérences* plus ou moins étendues avec la couche corticale du cerveau. Ces adhérences existent au niveau de la scissure longi-

(1) Extrait du chapitre « Paralysie générale » du *Traité des maladies mentales* (sous presse), du D^r H. Dagonet. J.-B. Baillière. Paris.

ndinale où siègent de nombreux corpuscules de Pacchioni hypertrophiés, sur la convexité et à la face interne des hémisphères et plus particulièrement sur les lobes frontaux. Lorsque l'on détache les méninges dans les parties adhérentes, elles entraînent avec elles des parcelles de substance cérébrale : les parties correspondantes du cerveau offrent alors un aspect tomenteux et ulcéré et surtout, comme nous l'avons dit, vers les régions antérieures. Cette prédominance des lésions dans les lobes frontaux avait fait dire au professeur Meynert que la paralysie générale était une *psychose motrice* par excellence.

Calmeil a trouvé les adhérences des méninges vingt-huit fois sur trente-cinq paralytiques; elles ne sont donc pas constantes; elles peuvent exister aussi en dehors de la paralysie générale, mais elles n'en constituent pas moins un fait anatomo-pathologique d'une grande importance. Comme le dit le professeur Mendel, « jamais les adhérences ne sont aussi nettes que dans la paralysie générale ». Il rapporte aussi une opinion contraire de M. Magnan, citée également par le professeur Hitzig (1).

D'après M. Magnan, en effet, les adhérences dans la paralysie générale sont moindres, lorsqu'il y a œdème cérébral; il ajoute qu'en injectant de l'eau par la carotide, on pouvait les faire disparaître en partie dans l'un ou l'autre des hémisphères. Je ne crois pas que l'on puisse tirer de conclusion formelle de telles expériences et je n'en aurais pas parlé s'il n'y avait pas eu une erreur à relever. Les professeurs Mendel et Hitzig attribuent à M. Magnan des faits qui ont été signalés par Marcé. En effet, Marcé (2) ne semble pas attribuer

(1) Hitzig, *Ziemssen's Handb.* vol. XI, p. 1052.

(2) Marcé, *Ann. méd.-psych.*, 1863, fasc. 2, p. 438.

une importance prédominante aux adhérences des méninges, « *qui peuvent être détruites, soit par un épanchement séreux, soit même par une injection artificielle, ainsi que je l'ai constaté dans des expériences qu'il n'est pas opportun de relater ici* ».

Durand-Fardel (1) avait déjà fait remarquer que les méninges se séparent d'autant plus facilement qu'elles contiennent plus de sérosité.

La *dure mère* est épaissie, adhérente au crâne, sa face viscérale est parfois recouverte de néo-membranes plus ou moins organisées qui peuvent être l'origine d'hématomes (pachyméningite interne). Baillarger a observé les hématomes 1 fois sur 8.

Les *os du crâne* aussi sont altérés ; ils sont injectés et épaissis. Cet épaississement a été considéré par certains auteurs, entre autres par le professeur Kraepelin, comme étant une hypertrophie par compensation, causée par la diminution et l'atrophie du cerveau ; il est bien plus naturel d'attribuer le rôle de compensation à l'œdème, qui serait un œdème vacuo, d'après Hitzig, et de penser que l'hypertrophie osseuse est due aux états congestifs qui se produisent si fréquemment pendant la marche de cette affection chronique.

Du côté du *cerveau*, les altérations sont également nombreuses : il existe une hydrocéphalie chronique, les cavités ventriculaires sont dilatées et renferment, comme les espaces sous-arachnoïdiens, une quantité parfois considérable de sérosité. La surface des ventricules présente de nombreuses granulations qui lui donnent un aspect chagriné et rugueux. Les granulations de l'épendyme ont été signalées anciennement par Brunner en 1694, d'après Virchow, dans l'hydrocéphalie, et dans la paralysie générale par Bayle. Elles n'étaient donc pas

(1) Durand-Fardel, *Sur le ramollissement*, Paris, 1844.

une lésion nouvelle de la paralysie générale, comme le disait Joire en 1861, ni caractéristique, car elles existent dans d'autres affections chroniques. « On observe, dit Rokitansky (1), ou un épaississement de l'épendyme ou des néoformations d'aspect varié, comme dans l'hydrocéphalie sénile, par exemple; ce sont des granulations transparentes ou opaques, d'aspect papillaire et parfois les granulations adhèrent et unissent la paroi des ventricules, comme Esquirol l'a montré. »

La substance cérébrale peut présenter des dépressions cavitaires, dues à des *kystes séreux* des méninges, ou bien elle est *atrophie* dans son ensemble et plus particulièrement vers les régions antérieures dont les circonvolutions sont amincies. La consistance de la substance blanche peut être plus grande, indurée; aussi, disaient Parchappe et Baillarger, peut-on enlever la substance grise avec le manche d'un scalpel et voir apparaître des crêtes résistantes et élastiques. Il ne faut pas attacher une grande importance à ce fait, qui s'explique surtout par le ramollissement des couches profondes de la substance grise. C'est, en effet, dans ces régions que les lésions vasculaires sont le plus marquées et que les vaisseaux changent de direction. Lubimoff (2) montre que les vaisseaux pénètrent le cortex d'une manière radiée, tandis que vers les limites du cortex et de la substance blanche les vaisseaux deviennent horizontaux.

L'atrophie est accusée anatomiquement par la *diminution de poids*, souvent considérable, de l'encéphale.

Toutes ces lésions présentent une intensité variable: les plus constantes paraissent être les lésions des méninges et l'atrophie cérébrale. Ces lésions des méninges, et d'autre part l'atrophie cérébrale, ont fait

(1) Rokitansky, *Traité*, 3^e édition, 1856.

(2) Lubimoff, *Virch. Arch.*, vol. LVII.

dire à Duchek (1) que la paralysie générale était une atrophie sénile précoce (*senium precox*). L'atrophie cérébrale était consécutive à la méningite chronique et il avait même cherché à distinguer ces deux stades dans la symptomatologie. Cette opinion de Duchek était déduite des idées de Bayle et Calmeil. Bayle considérait la paralysie générale comme une méningite chronique, et Calmeil comme une méningo-encéphalite superficielle chronique et diffuse.

Des recherches *histologiques* furent faites pour découvrir la lésion primitive de la paralysie générale. Calmeil déjà disait avoir trouvé à l'aide du microscope, à tous les degrés de la paralysie, les modifications histologiques de la phlogose : il avait observé à une première période l'augmentation de la vascularité, la stagnation du sang dans les vaisseaux distendus et tortueux ; à une période plus avancée, la transsudation à travers leurs parois d'un liquide qui, d'abord séreux et rougeâtre, ne renfermait que la matière colorante du sang dissoute ; plus tard, on voyait se former dans cette sérosité un dépôt constitué par les globules granuleux, mêlés à des globules moléculaires. Il existait ainsi d'épaisses traînées autour des vaisseaux, et les fibres nerveuses comprimées ne tardaient pas à s'altérer.

Ces *accumulations de noyaux*, si bien observées par Calmeil autour des vaisseaux, dans les gaines adventitielles, sont parfois considérables et elles ont été constatées, depuis, par les nombreux auteurs qui se sont occupés de l'anatomie pathologique de la paralysie générale.

Avec Rokitsansky commence une autre période. Cet auteur attribue au *tissu interstitiel* le principal rôle dans les lésions histologiques de la paralysie générale.

(1) Duchek, *Prager Vierteljahrsschrift*, 1851.

Dans son *Traité* (1856, 3^e édition, II^e volume, p. 466), il s'exprime ainsi :

« Dans la substance grise, la *prolifération du tissu conjonctif* se voit surtout dans l'écorce cérébrale et à la convexité des hémisphères. C'est là une des lésions les plus importantes, car elle désorganise les éléments nerveux, c'est la cause de la démence, comme on l'observe dans la paralysie générale, de la manière la plus nette. Cette prolifération est provoquée parfois par une inflammation allant avec la méningite, mais plus ordinairement elle est causée par l'hyperémie. »

D'après lui, l'examen minutieux montre que le tissu conjonctif devient rigide et prend la forme de *fibres* ; il désorganise peu à peu les éléments nerveux, les tubes nerveux se désagrègent, et les cellules nerveuses deviennent colloïdes ou se remplissent de gouttelettes graisseuses. A côté de la substance grise, il y a la substance blanche. Cette dernière, ajoute Rokitauský, est rétractée, et la prolifération conjonctive, qu'on y observe fréquemment, peut être suivie dans les pédoncules, le pont de Varole, la moelle allongée et la moelle spinale.

L'opinion de Rokitansky fut partagée en Allemagne par un certain nombre d'auteurs, entre autres par Demme (1) et combattue par Westphal. En même temps, Wedl décrivait dans la paralysie générale autour des *vaisseaux* du cerveau et de la pie-mère, une néoformation du tissu conjonctif (2).

En Suède, le D^r Salomon se rangeait sous le drapeau de l'école allemande. Dans l'analyse de ce travail, le D^r Mesnet (3) s'exprime ainsi : « Pour l'école alle-

(1) *Beiträge zur path. Anatomie einiger Krankheiten des Nervensystems*, Leipzig, 1859.

(2) *Beitr. z. Path. der Blutgefäße*, Vienne, 1859.

(3) *Ann. méd.-psych.*, 1863, 2^e fasc., p. 434.

mande, l'évolution de la paralysie générale est marquée par deux états anatomiques :

« 1° Une dégénération des parois vasculaires d'où résultent les troubles de la circulation et de la nutrition.

« 2° Une hypertrophie du tissu connectif qui envahit la substance corticale et cause la destruction des tubes nerveux et des cellules.

« Telle est l'idée qui conduit à rapprocher la paralysie générale de la *cirrhose du foie* et de la maladie de Bright. »

Dans la discussion, Marcé insistait sur l'importance des résultats anatomo-pathologiques, consignés dans le travail de Salomon, et il ajoutait qu'avec l'aide de Robin et Ordonnez, il avait vu dans les capillaires de la couche corticale une hypergenèse d'éléments embryoplastiques. « Ces éléments peuvent être accumulés parfois en nombre assez considérable pour égaler le diamètre du capillaire. »

Son élève, M. Magnan (1), dans une thèse « Sur la lésion anatomique de la paralysie générale », défendait aussi l'opinion de l'école viennoise : « Il se passe dans le cerveau pour la paralysie générale quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans le foie pour la *cirrhose* ; la lésion primitive est interstitielle et la lésion secondaire est parenchymateuse » (p. 24). Il disait avoir constaté, avec Hayem, la prolifération nucléaire du tissu interstitiel dans la substance blanche et la totalité de l'organe, et il insistait sur la valeur de cette lésion « qui est une et toujours la même » (p. 9), pour conclure ainsi : « Nous connaissons à présent la lésion de la paralysie générale » (p. 26).

Malheureusement on remarque dans cette thèse l'absence de détails histologiques, et l'origine interstitielle

(1) Magnan, *Thèse*, Paris, 36 pages, décembre 1866.

ANN. MÉD.-PSYCH., 7^e série, t. XVIII. Novembre 1893. 4. 26

ou névroglique de la prolifération nucléaire n'est pas démontrée. Aussi peut-on penser à cette explication du professeur Meyer (1), qui, en décrivant les accumulations des noyaux autour des vaisseaux, « met en garde contre l'erreur qui consisterait à prendre cette prolifération nucléaire pour des noyaux de névroglie, parce que ces noyaux paraissent être libres dans la substance cérébrale ».



Nous ne pouvons plus aujourd'hui considérer la paralysie générale d'une manière schématique, ni en faire une simple encéphalite interstitielle qui évoluerait comme une néphrite interstitielle, ou une cirrhose du foie. Les progrès accomplis depuis Rokitansky, et ils ont été particulièrement nombreux dans ces dernières années, nous montrent que les lésions histologiques sont, elles aussi, des plus complexes ; prises isolément, elles n'ont pas de caractère pathognomonique. Ces lésions se groupent diversement, aussi ne faut-il pas considérer la paralysie générale comme étant « une et toujours la même », mais bien plutôt comme un *complexus* anatomo-pathologique, dont on détachera dans l'avenir des types caractérisés.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la *répartition inégale des lésions* : on voit des territoires où les lésions sont des plus marquées, et d'autres qui paraissent normaux. Les lésions elles-mêmes ne présentent pas la corrélation à laquelle on pouvait s'attendre, mais très souvent des degrés d'intensité variables.

Tuczek, à qui l'on doit la découverte de faits du plus haut intérêt, celle de la disparition des fibres nerveuses

(1) Meyer, *Virchow's Arch.*, vol. LVIII.

de l'écorce cérébrale, a insisté sur cette *indépendance des lésions* entre elles. On observe souvent des lésions parenchymateuses très accentuées avec peu de lésions vasculaires et interstitielles ou inversement. La comparaison de la paralysie générale avec une néphrite interstitielle ou une cirrhose, suivant l'école viennoise, n'est donc pas justifiée. La pie-mère peut être aussi très épaissie et les fibres nerveuses sous-jacentes resteront normales. Il n'y a donc pas de relation absolue entre les lésions méningitiques, les lésions interstitielles et celles des fibres nerveuses, c'est ce que Zacher a aussi démontré.

La *disparition des fibres nerveuses à myéline* de l'écorce cérébrale a été constatée par Tuczek (1) en 1882, à l'aide des méthodes d'Exner et de Weigert, et étudiée dans une série de mémoires. Ce sont les fibres les plus fines qui disparaissent; celles qui sont situées sous les méninges, c'est-à-dire les plus superficielles ou fibres *tangentielles*, celles qui sont *transversales*, c'est-à-dire celles qui vont dans la substance grise d'un faisceau radiaire à l'autre, enfin les fibres *radiaires* ou en éventail, qui se continuent avec les fibres de la substance blanche. Cette disparition des fibres à myéline qui se produit dans les deux hémisphères cérébraux a d'abord été contestée (Mendel), puis observée dans d'autres affections que la paralysie générale (Emmingshaus, Fürstner, etc.). Tuczek a reconnu l'exactitude de ces faits, mais jamais la disparition des fibres n'était aussi étendue ni aussi constante que dans la paralysie générale. En 1887, Strümpell (2) disait : « Cette question est résolue et ne peut plus soulever de controverses; tout le monde admet comme démontrée cette dispari-

(1) Tuczek, *Neurologisches Centralblatt*, 1882, 1883, etc. (2)

(2) Strümpell, *Lehrbuch der spec. Path.* (2)

tion des fibres nerveuses de l'écorce cérébrale dans la paralysie générale (1). »

La disparition des *fibres d'association* ne se produit pas dans l'ordre que Tuczek avait primitivement indiqué. Pour cet auteur, les fibres les plus superficielles disparaissaient les premières, puis la lésion gagnait en profondeur, s'étendait à la deuxième et à la troisième couche; il indiquait certaines circonvolutions, etc. Les travaux d'autres auteurs (Wille, Zacher, Friedmann) ont montré que cette disparition des fibres d'association pouvait s'étendre plus ou moins, le processus d'atrophie était très inégal; on l'observait, il est vrai, à la face inférieure du lobe frontal, dans le gyrus rectus, dans les circonvolutions frontales; le gyrus fornicatus, etc., mais on pouvait le constater ailleurs et jusque dans le lobe occipital, ce qui n'avait pas été admis par Tuczek. Les lésions étaient plus marquées dans les parties antérieures des hémisphères, mais elles pouvaient porter sur l'insula, la capsule externe, la substance blanche, l'écorce cérébelleuse (Meyer), etc. (2).

Les lésions corticales ou celles de la couronne rayonnante peuvent, à leur tour, produire des lésions plus éloignées dans les *couches optiques*, comme Monakow l'a montré expérimentalement. Lissauer (3) a étudié chez quelques paralytiques généraux les altérations des couches optiques, il a montré qu'elles étaient comme un index des lésions des hémisphères; ces lésions consistent en foyers dégénératifs avec disparition des fibres à myé-

(1) En France, les faits découverts par Tuczek ont été reconnus par les D^{rs} Chaslin, Kéraval, Targowla (*Thèse*, Paris, 1890), le prof. Joffroy, etc. Tuczek soulevait une importante discussion sur la pathogénie de la paralysie générale, aussi est-il regrettable de ne pas trouver cet exposé dans la thèse consciencieuse de M. Targowla.

(2) Meyer, *Arch. f. Psych.*, 1889.

(3) Lissauer, *Deutsche med. Woch.*, 1890.

line et des cellules nerveuses, et siègent plus particulièrement dans la partie postérieure de la couche optique, dans le pulvinar. Ces lésions expliqueraient pour Lissauer certains symptômes en foyer que l'on observe si fréquemment dans la paralysie générale, aphasia sensorielle, hémipopie, troubles de la sensibilité d'une main, etc. Le *ganglion géniculé interne* était souvent dégénéré, tandis que le ganglion externe restait normal.

La découverte de Tuczek peut être considérée comme le pas le plus important qui ait été fait dans l'anatomie pathologique de la paralysie générale, depuis la découverte des lésions interstitielles par Rokitansky. Elle a suscité de nombreuses controverses.

S'agit-il d'une *lésion primitive*, comme le dit Tuczek, ou bien la lésion des éléments nerveux est-elle *secondaire et consécutive à la sclérose*, comme l'école viennoise l'admettait?

Au congrès de Berlin, en 1890 (1), le professeur Mendel s'était chargé de faire un rapport sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale; il terminait ainsi: « Les psychiatres sont d'accord sur l'ensemble des lésions histologiques, mais en désaccord si l'on pose cette question: Quel est le point de départ des altérations pathologiques? Deux opinions se présentent. Les uns pensent que le point de départ est la dégénérescence des fibres nerveuses, tandis que les lésions des vaisseaux, de la névroglie, des cellules nerveuses sont secondaires; les autres attribuent aux vaisseaux le rôle principal, le processus inflammatoire gagne la névroglie, et la conséquence en est la destruction des fibres nerveuses et les altérations des cellules nerveuses. »

Le professeur Mendel se range parmi ces derniers: son assistant Kronthal a vu que les capillaires de

(1) *Verh. des X int. Congresses. Berlin, 1891, Vol. IV, Abth. 2.*

l'écorce cérébrale étaient très dilatés, leurs parois épaissies, et il existait une multiplication des noyaux. Ces lésions étaient beaucoup plus marquées que les autres : c'est donc un argument en faveur de la lésion vasculaire primitive. Un *deuxième* argument est fourni par l'*expérimentation*. Expérimentalement, en 1887, il a pu produire chez les chiens des lésions et des symptômes qui rappelaient la paralysie générale de l'homme. Son élève Gerdes (1) a, depuis, répété ces expériences. Les chiens étaient soumis deux à trois fois par jour à la rotation. L'appareil centrifuge faisait cent tours à la minute ; l'expérience durait quatre à cinq minutes. Chez les chiens âgés, on trouvait, au bout de sept jours déjà, des lésions vasculaires très marquées : l'intima et la tunique musculaire étaient épaissies, les espaces adventitiels étaient très dilatés, on y voyait beaucoup de noyaux, tandis que les fibres nerveuses et les cellules ne présentaient pas de lésions. Cliniquement, on avait observé de la démence, des symptômes paralytiques ; anatomiquement, il y avait épaississement et adhérences des méninges, atrophie cérébrale, hydropisie ventriculaire. Enfin, comme *troisième* argument, le professeur Mendel invoque la *pathologie* : les symptômes du début, qui se produisent avant les troubles intellectuels, sont des vertiges, des attaques apoplectiformes, symptômes passagers, qui indiquent nettement les troubles vasculaires. Pour lui, la paralysie générale est donc une *encéphalite interstitielle diffuse avec atrophie cérébrale* ; les vaisseaux sont les premiers altérés, les stases et les hyperémies, qui en résultent, produisent la diapédèse des globules sanguins, l'inflammation de la névroglie, et secondairement la destruction des éléments nerveux.

(1) Gerdes, *Thèse*, Berlin, 1891.

Tuczek maintient, au contraire, que les lésions les plus précoces et les plus constantes sont la destruction des fibres nerveuses ; elles sont localisées dans les régions antérieures, motrices, du cerveau. Elles se montrent dans l'atrophie sénile du cerveau, dans certaines intoxications, la pellagre, etc. ; mais cette disparition n'a pas les mêmes caractères, et elle est diffuse. *La lésion des fibres est primitive* et il l'a constatée dans plusieurs cas de *paralysie au début*, sans pouvoir trouver de traces des lésions interstitielles. Les expériences de Mendel sur les chiens ne permettent pas de conclure, car on ne peut comparer ces lésions à celles de la paralysie générale chez l'homme.

Zacher insiste aussi sur l'intérêt que présente les *cas récents* pour trancher la question. Il a examiné deux cas de paralysie galopante ayant duré quatre semaines et trois mois ; les lésions dégénératives des éléments nerveux étaient primitives, les autres lésions paraissaient secondaires. « Dans les *formes chroniques*, ajoute-t-il, les lésions vasculaires et interstitielles semblent primitives, mais on n'a pu le démontrer avec certitude ; en tout cas, la disparition des fibres nerveuses et les altérations des cellules ne manquent pas. »

Mendel répond à Tuczek que Greppin avait publié un cas où la disparition des fibres à myéline manquait, et Friedmann un autre cas, dont la durée avait été de deux mois, et qui présentait des altérations vasculaires très marquées. On ne peut donc pas tirer de conclusions de ce fait, que tantôt les lésions interstitielles et tantôt les lésions nerveuses sont plus marquées. « Si les cas *aigus*, dit-il à Zacher, sont une dégénérescence primitive des éléments nerveux, et les cas *chroniques*, une altération primitive des vaisseaux et du tissu interstitiel, cette argumentation serait en faveur de la thèse que je soutiens, les cas chroniques

étant les cas habituels de la paralysie générale. »

Je me permettrai ici de dire que la critique du professeur Mendel ne me semble pas justifiée. Pourquoi Zacher dit-il : « Dans les formes chroniques, les lésions interstitielles semblent primitives » ? Il affirmait tout d'abord, et cela avec juste raison, que les cas aigus pourraient nous renseigner sur le mode de début des lésions ; les cas de longue durée sont complexes et, par suite, peu utilisables. Il nous paraît donc que Zacher emploie à tort pour ces derniers l'épithète de lésions primitives, il suppose une évolution qu'il n'a pas suivie ; il voulait dire : « Dans les formes chroniques, les lésions interstitielles sont plus *marquées* que les lésions parenchymateuses. »

Dans un travail important, où il étudia trente et un cas différents, Zacher (1) se rallie nettement à l'opinion de Tuczek ; il admet l'altération primitive des fibres nerveuses tout en critiquant, nous l'avons déjà vu, certaines assertions inexactes (ainsi la disparition des fibres se produit aussi dans les démences sénile, épileptique, alcoolique, le gyrus rectus n'est pas toujours la circonvolution la première atteinte et la plus altérée, on peut observer ces lésions dans les lobes pariétal et occipital, etc.), et il conclut en disant : « *Nous ne pouvons plus penser que la destruction des fibres nerveuses soit la conséquence des lésions interstitielles. Cette destruction est un processus primitif.* »

Le cas publié par Greppin (2) est celui d'une paralysie générale à marche rapide ; l'auteur n'a pu démontrer avec certitude de diminution notable dans le nombre des fibres nerveuses, même dans les couches superficielles, alors que les lésions interstitielles étaient très

(1) Zacher, *Arch. f. Psychiatrie*, vol. XVIII.

(2) Greppin, *Arch. f. Psych.*, vol. XVIII, p. 578.

marquées. Plus loin (p. 595), il ajoute cependant qu'une *légère disparition* des fibres nerveuses montraient que ces lésions existaient.

Que conclure de ces faits ?

Pour notre part, après l'étude de cette question et autant que nous pouvons conclure de nos propres recherches, nous n'hésitons pas à admettre l'opinion de Tuczek.

Un grand nombre de cas démontrent nettement que la destruction des fibres nerveuses peut être primitive. Ce fait n'a-t-il pas été observé ailleurs aussi, dans la moelle, dans les nerfs ?

Weigert, par exemple, a démontré que dans la *dégénérescence grise des cordons postérieurs* de l'ataxie locomotrice, les éléments nerveux dégénèrent les premiers, tandis que *la sclérose est secondaire*. « Toutes les scléroses des cordons médullaires, dit le Prof. Wernicke, doivent être considérées ainsi. »

Dans les cas aigus de paralysie générale, cités par Zacher, les lésions parenchymateuses et la disparition des fibres nerveuses étaient très étendues, sans encéphalite. Ils'agissait aussi de lésions dégénératives, et non inflammatoires. Dans le cas de Greppin, ces mêmes lésions étaient peu marquées ; mais doit-on s'étonner de rencontrer des variétés dans une affection dont les formes cliniques sont multiples ? La paralysie générale constitue un groupe pathologique, elle est un nom clinique d'ensemble, comme la fièvre puerpérale, suivant la comparaison de Schüle. D'après la localisation, l'intensité, l'évolution des lésions pathologiques, le tableau diffère. L'anatomie pathologique semble ici concorder en tout point avec la symptomatologie.

A côté des *formes galopantes*, avec destruction étendue des éléments nerveux, Flechsig, Wollenberg et Binswanger ont aussi décrit d'autres variétés anatomo-

miques. Ainsi le professeur Binswanger (1) dit que l'on observe des formes où il y a peu d'altérations inflammatoires, peu de prolifération cellulaire dans les parois vasculaires, et peu de destruction des éléments nerveux. Le fait anatomique prédominant consiste en hémorragies, en amas de pigment granuleux ou en masses amorphes de pigment. C'est là une forme spéciale, *forme hémorragique* de la paralysie générale. Il pense que le point de départ des lésions peut être différent et les altérations primitives variées.

En terminant, disons que les travaux récents confirment tous l'opinion de Tuzek, sur l'altération *primitive* des fibres nerveuses : nous ne rapporterons que celui de Schütz qui est de beaucoup le plus important. Cet auteur affirme également que l'altération des fibres nerveuses, qu'il a examinées, était primitive et indépendante des lésions inflammatoires.

Dans des recherches faites dans le laboratoire du professeur Flechsig, Schütz (2) a étudié *les fibres de la substance grise centrale ventriculaire* (Höhlengrau). Meynert comprenait sous ce nom la masse qui entourait la surface centrale, et s'étendait du *tuber cinereum* au *conus medullaris*. Schütz décrit sous l'épendyme du quatrième ventricule, un *faisceau dorsal longitudinal* de fibres nerveuses. Celui-ci est plus ou moins détruit dans la paralysie générale ; dans quelques cas, la disparition des fibres s'étendait à tout le faisceau depuis l'entrecroisement des pyramides jusqu'au troisième ventricule, d'autres fois jusqu'à l'aqueduc de Sylvius. A côté de ce faisceau, il y a le *réseau des fibres des noyaux* et les *fibres radiantes*, allant à la formation réticulaire. Ces fibres nerveuses disparaissent aussi ; on le constate

(1) Binswanger, *Neurol. Centrabl.*, 1891.

(2) Schütz, *Neurol. Centrabl.*, 1889 et *Arch. für Psychiatrie*, vol. XXII, p. 527.

dans les *noyaux des nerfs moteurs*. Le réseau du noyan de l'*hypoglosse* disparaît le premier, puis vient le noyan du *facial*; jamais il n'y avait de lésions dans les *noyaux des nerfs sensitifs*.

Ces fibres forment un *système* au point de vue du développement; il semble donc qu'elles doivent avoir même fonction. Schütz les considère comme des fibres d'association entre les différentes cellules des noyaux ganglionnaires, servant à la synergie de ces centres nerveux. Les altérations de ces fibres produisent des troubles dans l'articulation de la parole, donnent à la physionomie du paralytique l'expression caractéristique de démence, etc. Quand il y avait eu du myosis pendant la vie, les fibres sous-épendymaires, situées à la partie supérieure de l'aqueduc de Sylvius et dans le troisième ventricule, avaient disparu.

A côté de ces recherches sur les fibres de la substance grise centrale, Schütz a examiné aussi les *tubercules quadrijumeaux antérieurs* et constaté que les fibres superficielles avaient disparu.

Il s'agit donc, d'après Schütz, dans la paralysie générale progressive, d'une *disparition générale des fibres, s'étendant à tout le système nerveux central*.

Ce sont les fibres les plus fines qui sont atteintes. Ces fibres forment un système caractérisé par ce fait qu'elles reçoivent très tard leur gaine de myéline, à partir de la cinquième semaine après la naissance. Le réseau du noyan de l'*oculo-moteur commun* fait exception et se recouvre de myéline très tôt, vers le septième mois de la vie foetale. Dans ce système de fibres, Schütz fait rentrer les fibres tangentielles de l'écorce.

La disparition de toutes ces fibres, ajoute-t-il, doit être considérée comme une lésion de système, comparable à la dégénérescence des cordons latéraux et des cordons postérieurs de la moelle.

Le travail de Schütz, en montrant l'analogie de la paralysie générale et des dégénérescences des cordons médullaires, fait ressortir par cela même le rôle secondaire des lésions interstitielles, et la justesse de l'observation de Wernicke.

Le Prof. Wernicke considère également les lésions interstitielles de la paralysie générale, et la multiplication des cellules araignées, comme étant de nature secondaire. « Les cellules araignées, dit-il, remplissent la place où le système nerveux a été détruit, comme dans la moelle où on les voit paraître en grand nombre à la place des cellules nerveuses détruites des cornes antérieures. » L'atrophie musculaire progressive peut donc être à ce point de vue comparée à la paralysie générale.

*
* *

Lorsque la paralysie générale a présenté une longue durée, les lésions sont devenues complexes. Les altérations vasculaires et interstitielles se sont accentuées à ce point qu'elles ont longtemps absorbé tout l'intérêt des anatomo-pathologistes. Nous les résumerons brièvement :

Au nombre des lésions inflammatoires, on a décrit les *adhérences des méninges* avec l'écorce cérébrale : ces adhérences ont été signalées par Duchatelet, Rostan, Bayle et Parchappe, et bien étudiées par Besser (1). Pour cet auteur, elles se produisent dans différentes conditions : ainsi, 1° lorsqu'il existe un état de sécheresse des tissus, on voit les méninges appliquées plus étroitement à la surface des circonvolutions ; 2° des lésions nécrobiotiques dans le cortex feront croire à des adhérences, alors qu'il s'agit, suivant Guislain, d'absence de cohésion. Les adhérences *réelles* se voient dans les processus exsudatifs et enfin, comme le montre

(1) Besser, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, vol. XXIII.

Besser, lorsque la névroglie adhère plus intimement à l'adventice des vaisseaux. Dans la paralysie générale, cette union avec la paroi des petits vaisseaux est telle qu'il est impossible de les détacher, sans détruire les éléments, et les couches superficielles se laissent rompre.

Granulations de l'épendyme et névroglie. — Rokitansky (1), parlant, en 1857, de la prolifération interstitielle, a fait cette belle remarque : « La masse interstitielle dans le système nerveux forme un tout avec l'épendyme, un continuum. Cette masse conjonctive peut être appelée *tissu conjonctif de la formation épendymaire*. »

Aujourd'hui encore, il faut admettre cette opinion de Rokitansky. Aussi est-il logique de dire avec MM. Magnan et Mierzejewski, à propos des lésions interstitielles, que, dans la paralysie générale, le processus pathologique de l'écorce cérébrale et des ventricules est identique, et qu'il pénètre la masse nerveuse. Toutefois, la nature de la névroglie est mieux connue; il s'agit d'un *tissu épithélial* et non pas conjonctif, comme on l'a cru longtemps.

Les *granulations* des parois ventriculaires étaient pour Rokitansky des épaisissements de l'épendyme. Virchow (2) les a étudiées complètement, en 1846. Il dit que l'on se rend mieux compte de leur forme en étalant une légère couche de sang sur les parois ventriculaires; le sang reste dans les dépressions, les granulations se détachent et l'on voit qu'elles forment un réseau avec de petits nodules. D'après Virchow, ces granulations ont été découvertes par Brunner, en 1694, dans un cas d'hydrocéphalie, chez un enfant atteint de spina bifida, à la surface des corps striés qui « *luci exposita exhibuerunt*

(1) Rokitansky, *Sitzungsber.* vol. XXIV.

(2) Virchow, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, vol. III.

innumeras papillulas. » Brunner pensait que ces granulations étaient des appareils servant à la sécrétion de la lymphe. Virchow montre que cette opinion n'est pas admissible, il n'a pas vu de vaisseaux lymphatiques dans les granulations et il n'a pu les injecter avec le mercure.

« Ces granulations, dit-il, consistent dans le *même* tissu conjonctif que l'*épendyme lui-même*, mais elles sont plus épaisses. Au microscope, on voit nettement leur structure fibrillaire; ces petites granulations consistent en un tissu de fibres plus ou moins concentriques; au-dessus des fibres, se trouvent des noyaux allongés très nombreux et très nets. » Ces noyaux sont ceux des cellules de la couche épendymaire de revêtement.

Le travail de MM. Magnan et Mierzejewski (1) sur le même sujet prête plus à la critique que celui de Rokitsky et de Virchow. En effet, ces auteurs ont été particulièrement mal inspirés en appelant les granulations de l'épendyme des *fibromes*. Pour eux, le point de départ de ces *fibromes* est la couche réticulaire sous-épendymaire; l'épendyme est soulevé, puis se rompt pour livrer passage à cette touffe conjonctive. Plus loin, ils ajoutent: « Dans *quelques cas*, l'épithélium lui-même semble prendre part à l'irritation du tissu de nouvelle formation qui l'entoure, il prolifère comme celui-ci et forme de petits amas de cellules épithéliales ».

Ils admettent donc une néoformation conjonctive et épithéliale: c'est la définition du cancer; aussi ces auteurs auraient-ils dû se souvenir de la remarque de Rokitsky sur l'*identité* du tissu épendymaire et de la névroglie.

Dans les granulations de l'épendyme que nous avons

(1) Magnan et Mierzejewski, *Arch. de physiol.*, 1873.

examinées, nous avons été frappé de voir les capillaires conserver des parois d'une grande délicatesse. Le tissu conjonctif n'a jamais paru prendre la moindre part à la formation de ces granulations, constituées par un tourbillon de fibres épaisses de névroglie. Les cellules de l'épendyme, de même nature épithéliale que la névroglie, jouent un rôle actif dans cette néoformation; elles prolifèrent et s'étirent pour se transformer en fibres. La description de Virchow doit donc être conservée, il s'agit là de gliose ou de *sclérose névroglique*, suivant l'expression du D^r Chaslin.

Rokitansky a décrit les *fibrilles* hypertrophiées et entrecroisées de *névroglie*. L'écorce cérébrale peut prendre un aspect fibrillaire diffus dans les couches les plus superficielles; parfois, cet aspect fibrillaire est disséminé comme Tuke l'aurait indiqué en 1859 (1).

Les *cellules araignées* prennent part à ce feutrage. Elles sont très volumineuses et en grand nombre dans les couches les plus superficielles et dans l'écorce, plus rares dans la substance blanche. Lubimoff a décrit des processus de karyokinèse dans les noyaux des cellules araignées, mais cela n'a pas été admis par d'autres auteurs et par Fischl (2); ces cellules pourraient contenir deux noyaux d'après Mendel. Elles ont une signification pathologique évidente: en effet, on ne les observe pas dans les cerveaux normaux, avec les caractères qu'elles présentent dans la paralysie générale et dans quelques autres processus pathologiques; elles émettent des prolongements rigides et multiples, qui vont se fixer parfois sur l'adventice des vaisseaux, aussi les vaisseaux sont-ils hérissés de prolongements épineux.

Mierzejewski a pensé que ces cellules pouvaient se

(1) Voir Mendel, *Die progr. Paralyse*. Berlin, 1880.

(2) Fischl, *Prager Zeitschr. f. Heilk.*, 1888.

creuser et se transformer en néo-vaisseaux : « Les cellules ramifiées, qui se trouvent dans le tissu interstitiel et qui sont liées par leurs prolongements avec les parois des vaisseaux, peuvent concourir à la néoformation des capillaires (1). »

La néoformation des vaisseaux, tout en étant probable, n'a pas encore été démontrée; d'autre part, le mode de développement des vaisseaux est fort bien connu et il est le même dans tous les organes. Aussi pouvons-nous dire que l'opinion de Mierzejewski sur le rôle des cellules épithéliales de la névroglie est une hérésie. Peut-être faut-il rechercher l'origine de cette opinion dans ce fait que le professeur Meynert avait considéré les cellules araignées comme des cellules plasmatiques.

Plus loin, dans le même travail, nous trouvons une idée non moins fantaisiste sur ces mêmes cellules : Mierzejewski pense que les cellules araignées peuvent être aussi des noyaux conjonctifs fusionnés par de la fibrine coagulée.

Prolifération nucléaire. — Il existe de nombreux noyaux dans la paralysie générale, dans l'écorce et dans la substance blanche, et surtout à la limite de ces deux substances, d'après Meynert. Ces noyaux sont disséminés, ou, comme Lubimoff l'a indiqué, on rencontre des *nids de noyaux*; les petits foyers d'infiltration cellulaire, autour des cellules et dans le parenchyme ont été comparés par Binswanger à ceux de la leucémie du foie et des reins.

On admet généralement, depuis MM. Rognard et Magnan, que ces noyaux proviennent des cellules de la névroglie. Si l'on peut admettre ce fait, cette origine névroglique des noyaux n'a pas cependant été démon-

(1) Mierzejewski, *Arch. de phys.*, 1875.

trée et les auteurs qui se sont occupés depuis de la question ont montré que les noyaux étaient de nature différente.

Pour Lubimoff, beaucoup de ces noyaux ont le caractère d'*éléments lymphoïdes*. On en voit de libres, il y en a dans les espaces péricellulaires où ils semblent séjourner par le fait de la stase lymphatique; mais c'est surtout autour des vaisseaux qu'ils forment des accumulations énormes, comme Calmeil l'a indiqué, et ils distendent l'adventice. La multiplication et la prolifération des noyaux sont surtout marquées à la bifurcation des vaisseaux, d'après Wedl et Meyer. « Ces noyaux semblent se souder entre eux ou avec les parois des vaisseaux, ils proviennent en partie des parois vasculaires; les autres sont des éléments lymphoïdes émigrés, » dit le professeur Mendel qui a surtout bien étudié leurs variétés. Ces noyaux sont ronds ou ovales : les uns, petits, se colorent vivement par le carmin et l'hématoxyline; les autres, plus volumineux, restent pâles.

Gaines adventitielles. — Dans les gaines adventitielles, on trouve, à côté des noyaux, des corps granuleux, parfois des globules sanguins et toujours du pigment sanguin, provenant des hyperémies ou des hémorragies adventitielles.

On observe aussi des *globules brillants, hyaloïdes*, signalés par Adler. J'ai insisté particulièrement sur ces globules, auxquels il me semblait qu'on n'avait pas accordé une attention suffisante. Ces globules sont disposés en rosace ou ils sont échelonnés le long des capillaires, ce qui donne aux capillaires une forme en chapelet. « C'est, d'après nous, ce que le professeur Mendel a décrit, à tort, sous le nom de *dilatation ampullaire des capillaires* (1). »

(1) J. Dagonet, *Verh. des X. int. Congresses*, Berlin 1890.

Ces globules brillants sont parfois en nombre considérable, ils cheminent dans les gaines lymphatiques et forment des accumulations dans la pie-mère, le long des vaisseaux. Normalement, on peut les observer en petit nombre dans le cerveau, comme dans d'autres organes (foie, rate); mais, jamais, ils ne sont en aussi grand nombre que dans le cerveau des paralytiques. Nous considérons ces globules brillants comme un déchet de la vie cérébrale, comme un produit de dédoublement de la myéline, en rapport avec la destruction des fibres nerveuses : ce sont des *gouttelettes de cérébrine* (1).

La *dilatation* des gaines et des espaces lymphatiques produit ce que l'on appelle l'*aspect criblé*, c'est-à-dire qu'une coupe cérébrale présente un grand nombre d'orifices béants.

La stase lymphatique est due à l'hyperémie et aux lésions des parois vasculaires, le vaisseau se laisse distendre et peut effacer par places l'espace périvasculaire (Meynert), à l'accumulation des noyaux dans les gaines adventitielles, et aux adhérences des méninges : elles empêchent l'écoulement de la lymphe qui revient des parties profondes (Arndt). Au microscope, la gaine lymphatique est épaissie, distendue, plissée; parfois, on voit des anévrismes miliaires (Mendel).

Vaisseaux. — Les vaisseaux ont surtout attiré l'attention des auteurs, et cela était bien naturel dans une affection où l'on observe des troubles nombreux de circulation.

On a signalé différentes altérations des vaisseaux et des capillaires. Nous avons déjà parlé de la prolifération des noyaux et de l'épaississement des parois, signalés par Wedl; les noyaux de l'adventice sont plus nombreux, ainsi que ceux de la tunique musculaire.

(1) Voir J. Dagonet, *Société de biologie*, 1892.

Les petits vaisseaux sont habituellement injectés et remplis de globules sanguins, souvent inégalement dilatés et flexueux. Comme ils paraissent très nombreux, Wedl et d'autres auteurs ont pensé qu'il y avait une *néoformation* des vaisseaux ; mais cette apparence est due, peut-être, à la plénitude de ces vaisseaux qui les rend plus apparents (Westphal) et à l'atrophie de la substance cérébrale.

Dégénérescences des vaisseaux. — Enfin, il existe des lésions de dégénérescence des parois. La plus commune est la *dégénérescence hyaloïde* ; cette expression est de Arndt.

Les auteurs qui se sont occupés des altérations des vaisseaux dans la paralysie générale ont signalé l'aspect *homogène* que présentaient les parois. Lubimoff (1) a examiné, de 1871 à 1872, les paralytiques généraux de la clinique psychiatrique de Meynert, et observé que les parois des vaisseaux étaient *cireuses* ; il se sert de cette expression parce qu'il n'a pas pu essayer la réaction amyloïde ou colloïde, mais il n'est pas douteux que cet auteur n'ait eu à faire à la dégénérescence hyaloïde.

Il en est de même pour Meyer qui, à l'aide de la dissociation, a trouvé les vaisseaux et les capillaires épaissis et *vitreux*.

Parfois, aussi, il a noté la *dégénérescence grasseuse* des parois. Nous pensons que cette dernière forme n'est pas fréquente dans la paralysie générale, alors qu'elle est commune dans les formes apoplectiques.

Kronthal (2) a étudié plus particulièrement les capillaires, qui sont distendus et irréguliers, et présentent, tantôt une multiplication des noyaux, tantôt un *épaississement* des parois. Il a rencontré ces lésions dans le

(1) Lubimoff, *Virch. Arch.*, vol. LVII.

(2) Kronthal, *Neurol. Centralbl.*, 1890.

lobe frontal, les circonvolutions centrales et le cervelet.

Ce que Mendel décrit comme *scélrose des capillaires* doit, d'après nous, rentrer aussi dans la dégénérescence hyaloïde.

Dans les *artères de la pie-mère*, on peut observer, en dehors de la couche musculaire, une couche hyaline, et la tunique adventitielle qui la recouvre prend un aspect fibreux. Fischl a insisté sur cette forme de dégénérescence. Il l'appelle *dégénérescence hyaline de la tunique moyenne* des artères, et il n'a pas observé d'endarterite, ce qui distingue cette dégénérescence hyaline des autres formes décrites par Thoma (1), par Holschewnikoff (2) où les gouttelettes hyalines provenaient des cellules endothéliales des capillaires, etc.

Nous avons souvent constaté la dégénérescence hyaline, décrite par Fischl sans lésions de l'intima. L'artère, dans ces cas, prend un aspect perlé; de place en place, la cellule musculaire devient sphérique et brillante.

Tigges (3) a décrit aussi la *dégénérescence amyloïde* des vaisseaux. Il dit que les artères, dans les couches profondes de la pie-mère et les couches superficielles du cerveau, sont amyloïdes; les fibres musculaires se gonflent et se transforment en cylindres transparents qui peuvent se fusionner, de sorte que les parois vasculaires deviennent entièrement homogènes. Il a toujours vu ces altérations dans la périencéphalite. Mendel remarque, à juste titre, qu'il n'a jamais observé de dégénérescence amyloïde; mais, ici encore, ne s'agit-il pas de dégénérescence hyaloïde, appelée à tort dégénérescence amyloïde.

Dégénérescence colloïde. — Arndt (4), en 1867, a si-

(1) Thoma, *Virch. Arch.*, vol. LXXI.

(2) Holschewnikoff, *Virch. Arch.*, vol. CXII.

(3) Tigges, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1863.

(4) Arndt, *Virch. Arch.*, vol. XLI.

gnalé, chez une femme morte de paralysie générale à l'asile de Halle, une dégénérescence particulière et fort intéressante des vaisseaux cérébraux, qu'il a appelée la *dégénérescence colloïde*.

Dans la troisième et la première circonvolution frontale du côté droit, il avait trouvé, entre la substance grise et la substance blanche, des corpuscules gélatineux, du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille. Chez un homme ayant succombé à la même affection, dans la troisième circonvolution frontale droite, il existait des nodules grisâtres gélatineux qui se laissaient énucléer. C'étaient les *deux seuls* cas sur cinquante-cinq autopsies, et Koppe aurait rencontré cette même altération, exceptionnellement, sur trois cents autopsies.

Ces nodules étaient formés par des couches concentriques de substance colloïde ou des cellules devenues énormes et infiltrées de substance colloïde. Dans les interstices de ces masses qui se coloraient par le carmin, on voyait des noyaux brillants ; à leur centre existait un vaisseau, dont les parois brillantes et gélatineuses se confondaient avec la masse colloïde, la lumière du vaisseau restait normale.

Schüle (1), a appelé cette dégénérescence « schollige Degeneration ». M. Magnan (2) a publié aussi un cas identique à celui de Arndt.

Notre ami le D^r Darier nous a montré une altération que nous croyons analogue et qu'il avait rencontrée autour des vaisseaux cérébraux d'un dément : la dégénérescence qui partait des vaisseaux formait des flots étendus.

Ces altérations intéressantes des parois vasculaires ne doivent donc pas être confondues avec les lésions si fréquentes que nous avons décrites plus haut ; elles pa-

(1) Schüle, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1868.

(2) Magnan, *Arch. de physiologie*, 1869.

raissent *exceptionnelles*, et les auteurs que nous avons cités ont tous parlé de sa rareté dans la paralysie générale.

Avec les altérations des parois des vaisseaux, constantes dans la paralysie générale, on comprend que les *troubles de circulation* ne peuvent plus disparaître.

La dégénérescence hyaloïde empêche la contraction des vaisseaux, il existe une stase permanente et l'œdème cérébral devient persistant, d'où une série de lésions diffuses dans la substance nerveuse, taches vitreuses de Greiff, dégénérescence cystoïde de Ripping, etc. Nous ne pouvons insister sur ces faits, et nous rappellerons seulement les altérations des cellules nerveuses, étudiées par de nombreux auteurs et qui semblent dues également aux troubles de la circulation.

Cellules nerveuses. — Meschede a décrit la dégénérescence *granulo-graisseuse et pigmentaire* des cellules : elle a été constatée par tous les autres auteurs. Le protoplasma se remplit de granulations pigmentaires et grasses, la cellule forme comme un sac rempli de ces granulations et finit souvent par disparaître. Cette dégénérescence, si commune dans la sénilité, est loin d'être une lésion banale ; on la trouve dans la paralysie générale à un degré d'intensité remarquable.

A côté de cette lésion, on en a décrit une autre. Les cellules peuvent perdre leur aspect granuleux, elles deviennent brillantes et homogènes puis s'atrophient ; leurs prolongements sont grêles et en tire-bouchons. Lubimoff dit que ces cellules sont *sclérosées*, et Liebmann, qu'elles sont en *dégénérescence hyaline*. C'est la même lésion.

Les *vacuoles* dans les cellules nerveuses sont fréquentes, malgré l'affirmation contraire du professeur Fischl. Nous les avons rencontrées, en grand nombre, dans les cellules de la moelle, à côté des granulations pigmentaires et grasses. Elles sont moins fréquentes

dans la moelle allongée, et rares dans les cellules cérébrales. Nous avons pu nous convaincre que les vacuoles des cellules nerveuses étaient des *masses sphéroïdales de substance hyaline* (1).

Nous pensons donc qu'il faut rattacher cette variété de dégénérescence hyaloïde à la précédente.

Les *noyaux* et les *nucléoles* des cellules nerveuses persistent fort longtemps, comme on le voit avec la safranine. Fischl a nié, à juste raison, la mitose des noyaux.

Mierzejewski et le professeur Pick (2) ont décrit une sclérose partielle du *cylindre axe* au voisinage de la cellule nerveuse : on voit, en effet, par places, le cylindre axe se colorer, dans une certaine étendue, avec quelques couleurs d'aniline. Le professeur Pick a eu l'obligeance de nous montrer ses préparations, mais nous n'avons pas pu nous convaincre de la valeur de cette lésion.

Les lésions que nous venons de décrire peuvent porter sur tout le système nerveux central et périphérique.

Bonnet et Poincaré (3) ont signalé les altérations des ganglions du *grand sympathique* : elles étaient pour ces auteurs le *primum movens* dans la pathogénie de la paralysie générale. Leur ingénieuse théorie n'a pu être conservée ; des recherches ultérieures ont montré qu'il s'agissait là de lésions secondaires.

Dans la *moelle*, dit Westphal, chez presque tous les paralytiques généraux, il y a des lésions. On a noté des foyers de myélite avec la présence de corps granuleux et des lésions fasciculées. Parmi ces dernières, Kœberlin (4) a trouvé dans 23 cas de paralysie générale :

6 fois la dégénérescence des cordons postérieurs ;

(1) J. Dagonet, *Société de Biologie*, 1890, p. 200.

(2) Pick, *Neur. Centrabl.*, 1890, p. 674.

(3) Bonnet et Poincaré, *Ann. méd.-psych.*, sept. 1868.

(4) Kœberlin, *Zeitschr. f. Psych.*, vol. XLVI.

4 fois la dégénérescence des cordons postérieurs et latéraux, simultanément ;

2 fois la sclérose des cordons pyramidaux latéraux. Ces lésions ont des symptômes qui leur sont propres. Rappelons aussi que la paralysie générale peut compliquer d'autres affections, le tabes (forme ascendante), etc.

Les *nerfs craniens* (olfactif, optique, etc.), les *nerfs rachidiens* peuvent être lésés, de même que les *racines* antérieures et postérieures de la moelle (lésions interstitielles ou de dégénérescence et d'atrophie avec disparition des fibres nerveuses) (1), et les *nerfs périphériques*. Cette dernière lésion expliquerait les réactions de dégénérescence dans les muscles des paralytiques généraux ; mais le professeur Fürstner (2) ne sait si, dans ce cas, il y a relation avec les lésions centrales, ou s'il ne faut pas tenir compte des états fébriles et de la cachexie, qui se produisent dans le cours de la paralysie générale.

En *résumé*, les lésions sont multiples, et nous avons discuté leur valeur.

Les unes sont des lésions inflammatoires et de sclérose (multiplication des noyaux des vaisseaux, hypertrophie et prolifération de la névroglie, etc.), les autres sont des altérations de dégénérescence et d'atrophie.

« Les lésions chroniques inflammatoires semblent s'établir, dit Schüle (3), dans le territoire de l'artère carotide, et plus tard dans d'autres territoires vasculaires. Les vaisseaux sont la cause du processus de sclérose. »

Si la compression des éléments nerveux par le tissu interstitiel agissant comme dans la cirrhose du foie, est une ancienne conception qui ne saurait plus être ad-

(1) Hoche, *Neurol. Centralbl.*, 1891.

(2) Fürstner, *Congrès des aliénistes allemands*. Carlsruhe, nov. 1891.

(3) Schüle, *Sectionsergebnisse*, Leipzig, 1874.

mise de nos jours, il n'en est pas moins vrai que les troubles circulatoires et la stase lymphatique, sur lesquels nous avons insisté, jouent un rôle des plus néfastes dans la paralysie générale : ils favorisent la dégénérescence et l'atrophie des éléments nerveux, dont les échanges nutritifs se font d'une manière défectueuse.

Schüle a admis, chez les paralytiques, la vulnérabilité des parois vasculaires : ce serait l'expression anatomique de la prédisposition individuelle, dont parle Morel.

D'autres auteurs pensent, avec Zacher, à la vulnérabilité des éléments nerveux, des fibres d'association. Ce sont là les deux principaux facteurs de la paralysie générale.

Archives cliniques.

37

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. LE D^r PAILHAS, D'ALBI.

Obsessions survenues au cours d'une atteinte d'influenza.

SOMMAIRE. — Homme de cinquante-deux ans sans tare héréditaire nerveuse. — Hémorroïdes. — Attaque d'influenza. — Crise dyspnéique suivie de craintes de la mort et d'obsessions (scrupules). — Ces obsessions durent sept jours, mais avec des rémissions coïncidant avec un flux hémorroïdaire. — Guérison.

M..., célibataire, est âgé de cinquante-deux ans, d'une nature impressionnable, sans tare nerveuse héréditaire, sujet à des flux hémorroïdaires.

Le 15 avril, au soir, de cette année 1893, alors que l'influenza sévit dans notre ville, M... rentre chez lui avec une douleur de tête violente, accompagnée d'une sensation de dilatation énorme des veines dans les régions temporales. A cette céphalalgie de la partie antérieure de la tête (front et tempes), s'ajoutait le lendemain une lassitude générale, de l'inappétence, des alternatives de froid et de chaud avec sueurs, de l'hyperexcitabilité auditive lui faisant redouter les bruits de la rue et rechercher le plus grand silence.

Le 17, cet état persiste.

Le 18, purgation.

Le 19 et le 20, le malade se sent affaibli, sa tête est pesante et endolorie, mêmes alternatives de froid et de chaud que les jours précédents, même excitabilité.

Le 21, survient une hémorragie rectale (hémorroïdes internes) très considérable, accompagnée d'une diminution des phénomènes douloureux de la tête.

Dans la nuit du 21 au 22, crise dyspnéique intense : il semble au patient que la respiration va totalement manquer, que sa peau se refroidit, que son pouls n'est plus perceptible ; il est pris de craintes de mort et réclame le prêtre. Dès lors aussi s'installe dans son cerveau à l'état d'obsession constante, inéluctable, certaine préoccupation au sujet d'un mince détail de comptabilité domestique. Depuis longtemps M... se trouvait dépositaire d'une somme très peu importante dont on confiait la garde à son honorabilité bien connue et à sa discrétion.

Pour accommoder un compte personnel, il avait puisé à ce dépôt quelques jours avant sa maladie, sans avoir eu le temps de reconstituer l'entière somme : de là, dès ce moment, l'origine de scrupules qui vont jusqu'à l'obsession la plus tenace ; à tout instant, le malade a l'esprit fixé dans une tension pénible vers cette situation dont l'irrégularité prend pour lui d'étranges proportions. C'est une rumination incessante de la pensée suivante : que dira-t-on de toi, si tu meurs, en constatant pareille soustraction ? Il songe à remédier à cet état de choses et ne trouve rien de mieux que de souscrire deux billets dont l'un représente la somme d'emprunt et l'autre, la somme des intérêts qu'il se croit obligé d'ajouter.

Toute conversation que nous tenons avec M..., dans un but de diversion, n'aboutit que passagèrement au résultat désiré ; l'attention morbide se reconcentre rapidement sur les idées fixes, quelque effort que fasse le malade pour échapper, car il ne doute pas que cette obsession n'a pas sa raison d'être et qu'il y a de sa part simplicité à s'y arrêter.

L'expression du facies dénote la tension de l'esprit :

les traits sont habituellement figés, l'œil est d'une fixité anormale et le globe oculaire semble plus saillant.

Cet état a persisté jusqu'an 27, avec des accalmies relatives, succédant aux retours presque journaliers d'hémorragies rectales : il semble, en effet, qu'il y ait eu, dans ce cas, comme une oscillation dans les mouvements congestifs, se faisant tantôt du côté de la tête, tantôt vers la muqueuse du rectum sous forme d'hémorroïdes internes.

Le 27, après d'abondantes sueurs, survenait une détente dans les manifestations mentales.

Le 28, le malade n'était plus inquiété par ses obsessions, mais il persistait un état de lassitude générale qui, elle-même, cédait au bout de quelques jours de bons soins et de repos.

38

ASILE DE QUIMPER. — M. LE D^r HOMERY.

Cas d'idiotie symptomatique d'une atrophie de l'hémisphère gauche (lobes pariétaux et occipitaux).

SOMMAIRE. — Enfant de douze ans. — Pas de consanguinité, pas de cas de folie chez les parents. — Idiotie congénitale. — Rachitisme. — Gâtisme. — Ne parle pas, mais présente une mimique émotive. — Meurt cachectique. — Autopsie : pseudokyste dans l'hémisphère gauche, occupant le lobe pariétal et le lobe occipital.

Le nommé Le L... (Auguste), âgé de douze ans, est entré à l'asile le 28 mai 1892.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis, il n'y aurait jamais eu dans la famille de ce malade de cas de folie ou de maladie nerveuse (?). Nous ignorons d'ailleurs les antécédents pathologiques de ses parents, qui, paraît-il, ne sont pas consanguins. Il n'a jamais fait

de maladies incidentes graves, a marché à... (?), n'a jamais reçu de coups sur la tête, ou fait de chute, n'a pas de strabisme, et n'a jamais eu de convulsions.

A son entrée à l'asile, on porte le diagnostic d'idiotie congénitale avec arrêt de développement physique. Le L., en effet, est un rachitique dans toute l'acception du mot : taille, 1^m, 20 ; poitrine en carène, chapelet costal, jambes arquées en avant, tordues sur elles-mêmes, fémurs à conbure en dehors, ventre gros, foie volumineux, faisant saillie sous les fausses côtes. Ce petit malade gâte constamment sous lui, il ne parle pas, mais fait entendre quelques cris, quelques sons inarticulés. Il aime à rester couché, immobile. Cependant son visage exprime, suivant le cas, la joie ou la crainte. Il comprend son nom, et sait par gestes demander à boire.

Peu de temps après son entrée à l'asile, il a été pris de fièvre hectique et a commencé à dépérir. En septembre dernier, un abcès froid s'est développé au niveau de la branche montante et de la branche horizontale du maxillaire inférieur (côté droit). Il est mort, le 6 octobre 1893, dans la cachexie la plus profonde avec de larges escarres au niveau des deux trochanters.

AUTOPSIE. — Faite vingt-cinq heures après la mort, rigidité cadavérique complète.

Poitrine, plèvres. — Légères adhérences à droite et à gauche, pas d'épanchement.

Poumon droit. — Emphysémateux dans toute son étendue; dans le lobe supérieur, semis de petits tubercules; pas de cavernes.

Poumon gauche. — Un peu emphysémateux, pas de tubercules.

Ganglions bronchiques droits engorgés.

Péricarde. — Normal, pas d'épanchement.

Cœur. — Poids : 74 grammes; rien de particulier, le trou de Botal est oblitéré.

ABDOMEN. Foie. — Poids : 487 grammes; adhérences intimes avec le diaphragme; très congestionné.

Rate. — Poids : 35 grammes.

Reins. — Rien de particulier.

Estomac. — Vide; muqueuse gastrique normale.

Péritoine. — Adhérences viscérales et pariétales, infiltration tuberculeuse de toute la masse.

Intestins. — Intestin grêle congestionné, ulcérations tuberculeuses autour de la valvule iléo-cæcale.

Ganglions mésentériques engorgés.

CRANE ET ENCÉPHALE.

	Sur le crâne.	Sur la dure-mère.	Diffé- rence.
	centim.	centim.	centim.
Circonférence occipito-frontale.	45	36	9
Courbe supérieure occipito-frontale. . .	24	19	5
— — — interauriculaire.	26	20	6
			Grammes.
Poids de l'encéphale			677
— du cervelet			118
— du cerveau			559
— de la calotte osseuse			210
— de l'hémisphère droit			362
— — — gauche			197
Différence entre les deux hémisphères. . . .			165

Les sutures sont bien ossifiées. La table interne est lisse, et ne présente pas d'adhérences avec la dure-mère. Celle-ci est très vasculaire. On ne voit pas de tubercules de Pacchioni. Les sinus contiennent un peu de sang noir, en partie coagulé.

La dure-mère étant enlevée, on remarque que toute la partie supérieure du lobe pariétal gauche est remplacée par un kyste rempli de sérosité limpide, non sanguinolente.

La partie supérieure de ce kyste est régulière et a un diamètre moyen de 5 centimètres; la paroi est transparente,

et de fins vaisseaux sanguins se dessinent à sa surface. D'avant en arrière elle s'étend du sillon de Rolando au delà du lobule pariétal supérieur; transversalement elle va de la scissure interhémisphérique au pli courbe. Les circonvolutions occipitales sont à peine dessinées. Les circonvolutions frontales et temporales sont légèrement aplaties, mais bien conformées. Il en est de même de la pariétale ascendante.

Lorsque le cerveau est enlevé, on constate que l'on se trouve en présence d'un pseudo-kyste formé au dépens de la substance blanche. La perte de substance est considérable, car la cavité pseudo-kystique comprend, outre le lobe pariétal en entier (sauf la pariétale ascendante), tout le lobe occipital. Mais, dans cette partie, les parois supéro-externes et postérieures du pseudo-kyste sont formées par la substance corticale.

La paroi inférieure de cette cavité est formée par une mince couche de substance cérébrale qui la sépare du ventricule. A la face interne de l'hémisphère on retrouve la substance corticale du lobule quadrilatère.

Toute cette cavité est tapissée par la pie-mère, et fermée à la partie supérieure par l'arachnoïde. Entre ces deux méninges existent de nombreux tractus fibreux, baignant dans le liquide céphalo-rachidien à l'état de pureté absolue (250 gr. environ).

Dans les lobes frontaux et temporaux, la substance grise est un peu ramollie, la substance blanche semble normale. Les ventricules sont dilatés et remplis de sérosité.

L'hémisphère droit est petit, mais semble normal.

Le cervelet pèse 118 grammes et ne présente rien de particulier.

L. MENEREUL,
Interne du service.

Médecine légale

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

DE

LA PYROMANIE

Par le D^r CAMUSET

Médecin directeur de l'asile de Bonneval. .

Les incendiaires sont peut-être les criminels les mieux étudiés au point de vue médico-légal. On sait que l'acte d'allumer un incendie est fréquemment le fait de jeunes dégénérés qui agissent sous l'influence de certains motifs, presque toujours les mêmes. On est arrivé enfin à établir des données assez précises sur les conditions psychiques des incendiaires, ainsi que sur leur *modus faciendi* habituel.

Chargé d'examiner l'état mental d'un incendiaire, concurremment avec deux confrères, les D^{rs} Mannoury et Bouchard, de Chartres, qui m'ont confié le soin de rédiger notre rapport, j'ai pu constater que l'accusé rentrait dans une des catégories d'incendiaires connues, et qu'il avait allumé ses incendies d'une façon classique, pourrait-on dire. A ce point de vue, notre rapport n'a qu'un intérêt secondaire. Je crois cependant que nous devons le publier, à cause de quelques particularités spéciales notées chez l'incendiaire, et surtout parce que celui-ci constitue, selon moi, un argument sérieux en

faveur d'une thèse que je crois juste, quoiqu'elle compte des contradicteurs nombreux, à savoir que : Entre le criminel d'habitude et le fou moral, il n'y a pas de différence réelle.

Voici notre rapport légèrement modifié par la suppression de certains passages inutiles ici, et par l'adjonction de quelques considérations purement médicales que nous n'avions pas jugé nécessaire d'exposer aux magistrats et aux jurés.

Après avoir visité M... à la prison de Chartres, il nous a paru évident que l'étude de son état mental exigeait un examen rigoureux et prolongé, et, à notre demande, M. le procureur de la République a bien voulu le placer en observation à l'asile départemental de Bonneval. Le dossier de l'instruction qui nous a été communiqué, et les renseignements que nous avons obtenus de plusieurs personnes habitant le pays de M..., et couaissant depuis longtemps ce dernier ainsi que sa famille, nous ont permis d'établir exactement les antécédents héréditaires et personnels de ce prévenu. Quant à son observation directe, elle a naturellement été très facile à l'asile, et a duré tout le temps que nous avons voulu.

Les trois incendies allumés par M... — Nous devons relater d'abord succinctement les actes que l'accusé a commis. M... a allumé trois incendies, il en convient aujourd'hui, mais tout d'abord il avait nié.

Il a incendié, le 5 octobre 1889, un hangar situé dans une cour de ferme. Puis, trois ans après, il a mis successivement le feu, et à quelques jours d'intervalle, à deux meules de blé situées en plein champ et appartenant à des propriétaires différents. La première fois le 14 juillet, la seconde le 31 juillet 1892.

Ces trois incendies ont tous éclaté dans la soirée, et la conduite de M... a été la même dans les trois circonstances. C'est toujours lui qui, le premier, a donné

l'alarme. Il a lui-même fait remarquer cette particularité quelques jours après l'incendie du 14 juillet. Il s'est également toujours employé avec les autres pour combattre le feu.

Il ne passait pas pour avoir des motifs de haine à l'égard d'aucun des trois propriétaires incendiés, et on ne s'expliquait pas ce qui avait pu le faire agir. Voici, d'après ses propres aveux, les motifs qui l'ont poussé ; mais ce n'est qu'après avoir été longuement sollicité, qu'il s'est enfin décidé à parler.

Il n'a jamais longuement prémédité ses incendies, l'idée lui en venait tout à coup, et il la mettait de suite ou presque de suite à exécution. Il a mis le feu, le 30 juillet 1892, à une meule appartenant à un cultivateur de son village, pour se venger de lui. Ce cultivateur lui avait reproché d'avoir eu des rapports avec sa bonne. « Il me disait que j'avais couché avec sa bonne, c'était faux ; je lui en voulais pour cela, parce que c'était faux. » C'est là son troisième incendie, celui qui l'a fait découvrir. Il avait mis le feu, le 14 juillet, seize jours avant par conséquent, également à une meule, mais qui appartenait à un autre cultivateur, et pour un motif tout aussi peu sérieux. Il se trouvait le soir au café avec ce cultivateur qui l'avait légèrement plaisanté, parce qu'il passait ainsi la soirée de la fête nationale à jouer au billard, au lieu d'aller, comme les autres jeunes gens du pays, danser au bal. Cette plaisanterie, nullement méchante, l'avait exaspéré cependant, et au point qu'il sortit de suite du café, et courut mettre le feu à une meule appartenant au malavisé railleur. A la vérité, il prétend qu'il était en ce moment surexcité par les libations de la soirée. Nous reviendrons sur ce point.

Quant au premier incendie, celui de 1889, c'est seulement à l'asile, et après plusieurs semaines d'observation, qu'il s'est décidé à nous avouer le motif véritable

qui l'avait poussé à l'allumer. A toutes nos questions sur ce sujet, il répondait invariablement : « C'est une mauvaise pensée qui m'a passé par la tête. » C'est même cette réponse si souvent répétée qui décida le juge d'instruction à soumettre l'inculpé à l'observation médicale. Ce magistrat, dont les sentiments d'équité sont réellement exemplaires dans la circonstance, se demandait si M... n'avait pas agi sous l'influence d'une impulsion irrésistible. Mais enfin, un jour, M..., sollicité, pressé de nous dire quelle était, en définitive, cette mauvaise pensée qui lui avait traversé la tête, se décida à nous répondre : « Eh bien ! j'étais jaloux de V... (le propriétaire incendié), parce qu'il était plus riche que nous. C'est ça ma mauvaise pensée, c'est pour ça que j'ai mis le feu à son hangar. » Les conséquences de cet incendie furent assez graves. Le feu se communiqua du hangar à un bâtiment habité, qui fut presque détruit. Une vieille femme qui s'y trouvait, faillit, nous a-t-on dit, périr asphyxiée.

Nous pouvons donc déjà établir que M... a toujours eu un motif pour mettre le feu, et que jamais il n'a agi sous l'influence d'une impulsion survenue brusquement, spontanément, sans cause appréciable. A la vérité, les motifs qui l'ont déterminé ont toujours été futiles et nullement en proportion avec la gravité des actes accomplis. C'est précisément cette futilité des mobiles déterminants qui font douter de l'intégrité du fonctionnement de ses facultés mentales. Mais l'appréciation de l'état mental d'un tel sujet exige la connaissance de ses antécédents héréditaires et personnels.

Antécédents héréditaires et personnels de M... — D'après les renseignements sérieux que nous avons pu recueillir, les ascendants de M... dans la ligne paternelle n'étaient, ni les uns ni les autres, porteurs d'aucune tare névropathique. Son père, que nous avons vu et interrogé,

est normal et bien équilibré. Dans la ligne maternelle, il en est autrement. Sa mère s'est suicidée en se pendant, alors qu'il était encore au berceau. Déjà avant son mariage, elle avait manifesté des idées de suicide, elle avait *des idées noires*. Un oncle et un grand oncle étaient d'une intelligence très faible et absolument impropres à diriger leurs affaires. Le premier avait été exempté du service militaire pour cause d'aliénation mentale. On a parlé de suicide à propos de l'un d'eux, mais le fait ne nous a pas été donné comme certain.

En somme, une hérédité psychopathique assez lourde du côté maternel pèse sur M...

Quant aux antécédents personnels de cet accusé, il n'a jamais eu de maladie grave et n'a jamais été atteint d'aucune névrose. Il est cependant certain qu'il a uriné au lit assez tard, jusqu'à l'âge de dix ans révolus ; ces incontinences ne se répétaient pas chaque jour, elles étaient même l'exception.

M... a donc toujours eu, il a encore une excellente santé, mais son état mental ne répond pas à son état physique. Il est d'une intelligence faible. Sur ce point sa réputation est parfaitement établie dans son pays. Depuis son enfance, partout où il a passé, on s'accorde pour le considérer comme un esprit débile. L'instituteur de son village, chez lequel il est allé en classe, nous écrit de lui : « Élève d'une intelligence au-dessous de la moyenne, il a fait peu de progrès et a quitté l'école à quatorze ans sans être en état de subir les épreuves pourtant si faciles du certificat d'études primaires, bien qu'il eût fréquenté l'école d'une façon régulière pendant au moins huit ans ». Depuis sa sortie de l'école, son intelligence ne s'est pas développée davantage ; ses camarades, ses voisins le regardent tous comme un garçon peu intelligent.

L'accord n'est pas moins unanime en ce qui concerne

certaines défauts de caractère, certaines altérations des sentiments affectifs qu'il a toujours manifestées. Son maître d'école s'exprime ainsi à ce sujet : « Il était sournois et orgueilleux, il admettait difficilement les remontrances. » Le maire de sa commune, tout en reconnaissant qu'il travaille assez régulièrement et qu'il ne s'enivre pas, ajoute : « Son caractère est entier, il souffre difficilement les plaisanteries de ses camarades, il est jaloux, orgueilleux, méchant et hypocrite. »

Je dois noter ici quelques détails qui n'ont pas figuré dans notre rapport, parce qu'il s'agit de certains méfaits niés par M..., et que l'accusation n'a pas retenus faute de preuve. Or, je me suis convaincu à l'asile, par ses réponses évasives et par ses demi-aveux, que, non seulement il les avait commis, ces méfaits, mais qu'il en avait certainement commis d'autres du même genre, restés ignorés. Les uns étaient sans gravité, mais d'autres étaient plus sérieux et consistaient, par exemple, à détruire pendant la nuit toute une rangée de jeunes arbres fruitiers dans le champ d'un voisin, à détériorer, en cachette, un instrument aratoire de prix, ou bien à le jeter dans une mare, etc. Dès son enfance, il faisait ainsi le mal autour de lui, poussé par la colère, par l'envie, parfois aussi sans doute sans motif aucun. Et chose remarquable, ce garçon de vingt ans, d'une débilité mentale évidente pour tous, ne se laissait jamais prendre. Quelquefois soupçonné, il était toujours assez habile pour se disculper. Pour les trois incendies connus et avoués à la fin, il se défendit avec sang-froid et conviction pendant longtemps, avant de se décider aux aveux.

En résumé donc, M... est d'une débilité mentale incontestable, il travaille assez régulièrement, il est sobre, mais il est orgueilleux, envieux, sournois, vindicatif et malfaisant. L'infériorité intellectuelle et l'altération des

sentiments qui le caractérisent trouvent une explication naturelle dans la tare héréditaire dont il est porteur. Cette tare, en effet, ne peut avoir été acquise, puisqu'il n'a eu aucune maladie grave, aucune névrose, capables de provoquer, soit un arrêt dans le développement normal des facultés mentales, soit une perversion ou une altération de ces facultés, et puisqu'il a toujours vécu dans un milieu honnête, ne recevant que de bons conseils et de bons exemples.

Observation de M... à l'asile. — Notre observation journalière à l'asile ne nous a pas révélé de particularités notables. M... a certainement l'intelligence au-dessous de la moyenne, mais sa débilité mentale ne va pas jusqu'à l'imbécillité.

Il a dix-neuf ans. Physiquement, il est fort et bien constitué, mais il présente quelques stigmates de dégénérescence : Le palais est fortement ogival, les oreilles sont petites, irrégulièrement conformées, un très léger aplatissement du crâne au niveau du pariétal gauche. Les mensurations anthropométriques, diamètres, courbes et indices, se rapprochent toutes des moyennes normales.

Il n'a jamais présenté un seul symptôme qu'on pût rattacher à l'épilepsie ou à l'hystérie, mais il a un tempérament très nerveux et il est fortement émotif. Son sommeil est souvent agité, il parle en dormant, fait observé déjà alors qu'il vivait dans sa famille. La vie en commun avec des aliénés l'impressionnait sérieusement au début, mais il s'est vite habitué à leur contact.

Il pleure avec la plus grande facilité. Il est très inquiet de sa situation, et dès qu'on y fait allusion, sa physionomie, peu intelligente à l'ordinaire, devient tout à fait niaise, il murmure quelques courtes réponses qu'il faut lui arracher, et il se met à sangloter. Cette façon de réagir est, pour une bonne partie, intentionnelle. Un jour même, il fit une tentative de simulation de la folie. Il

nous dit que nous voulions lui faire du mal en lui offrant des cigarettes empoisonnées, et qu'il avait déjà deux trous dans la tête. Voyant que nous ne le prenions pas au sérieux, il n'insista pas, et, depuis, il ne chercha plus à simuler l'aliénation mentale.

L'observation directe est donc confirmative des renseignements recueillis. M... a une bonne santé, il n'est ni épileptique ni hystérique, mais il a un tempérament très nerveux. Sous l'influence d'une préoccupation, d'une crainte, spontanément aussi peut-être, il devient sombre, il souffre de la tête, il a de l'angoisse, des insomnies, il parle en dormant.

C'est ainsi que, pendant les jours qui suivaient ses incendies, avant d'être arrêté, il était triste, ne pouvait pas manger, se plaignait, ne dormait pas et errait toute la journée seul dans la campagne. Mais, enfin, toutes ces particularités indiquent un tempérament nerveux, un certain degré de nervosisme, et non une véritable maladie nerveuse.

État mental de l'accusé au moment de la perpétration de ses incendies. — Quand les incendiaires agissent sans motif, ou quand ils agissent sous l'influence de motifs futiles, leur état mental est à bon droit suspect. M... est un incendiaire de cette dernière espèce. Il semble évident qu'un homme qui allume trois incendies pour des motifs aussi peu graves que ceux qui l'ont fait agir, ne jouit pas de l'intégrité de ses fonctions psychiques.

Mais il y a plusieurs catégories parmi les incendiaires plus ou moins anormaux; dans laquelle de ces catégories doit-on placer M...?

Il y a, premièrement, les aliénés véritables qui, sous l'influence d'une idée délirante ou d'une hallucination impérative, deviennent incendiaires. Il est inutile d'insister pour démontrer que M... n'appartient pas à cette catégorie. Il n'est pas et n'a jamais été aliéné.

Il y a ensuite des malades, le plus souvent héréditaires, et qu'on classe dans le grand groupe des dégénérés intellectuels, qui ont de véritables impulsions à mettre le feu. On les appelle *pyromanes*. Très souvent, disons-nous, ils sont héréditaires; très souvent aussi, ils sont atteints de débilité mentale plus ou moins prononcée. Les pyromanes éprouvent d'une façon intermittente le besoin irrésistible de mettre le feu. Cette impulsion qui n'est généralement pas unique chez eux, en ce sens qu'à de certains moments ou même concurremment avec elle, ils en éprouvent d'autres analogues, cette impulsion, disons-nous, s'accompagne de symptômes physiques : angoisse, tremblement, dyspnée, palpitations, etc... Il arrive que ces malheureux luttent de toutes leurs forces contre leurs impulsions, mais le plus souvent ils succombent et, l'acte accompli, ils éprouvent un réel soulagement. Ils sont tranquilles, l'angoisse a disparu et, avec elle, les symptômes physiques précités.

La clinique enseigne que les cas de pyromanie vraie sont rares; elle enseigne aussi que les malades, dès qu'ils ont succombé à leur impulsion, appellent au secours et sont les premiers à combattre le feu. Un fait certain aussi, c'est que contrairement aux autres impulsifs, qui exposent si volontiers les phénomènes subjectifs qu'ils éprouvent, ils n'avouent presque jamais, eux, leurs impulsions pyromaniaques. Ils nient envers et contre tout, et malgré l'évidence. Enfin, et c'est ce qui résulte de ce qui vient d'être dit, les pyromanes vrais ne sont jamais poussés par un mobile quelconque, quelque faible qu'on puisse le supposer. Ils mettent le feu pour mettre le feu, et ils brûlent aussi bien leur propre maison que celle de leur voisin. M... est-il un pyromane? Evidemment non; il n'a jamais été poussé par le besoin impérieux de mettre le feu, il n'a jamais eu d'impulsion incendiaire. Il a incendié une première fois par envie, pour

faire du tort à quelqu'un dont il jalousait la fortune. Les deux autres fois, il a incendié pour se venger, soit d'un reproche bien léger, soit d'une plaisanterie bien innocente. En somme, il a allumé trois incendies pour des motifs très futiles, mais enfin pour des motifs, et cette seule considération suffit pour faire écarter la supposition d'impulsions irrésistibles qui seraient survenues spontanément chez lui. Il ne suffit évidemment pas qu'un incendiaire soit héréditaire vésanique et débile au psychique, pour qu'il soit pyromane. Et, du reste, dans les réponses de M..., on ne trouve pas un mot qui puisse faire songer à une impulsion, puisque sa fameuse « pensée qui lui avait passé par la tête » n'était qu'une pensée d'envie.

Dans certaines névroses, comme l'épilepsie et l'hystérie, les malades peuvent se livrer à des actes dangereux, et même commettre des crimes, d'une façon inconsciente. M..., nous l'avons établi, est d'un tempérament nerveux, mais il n'est atteint d'aucune névrose.

Dans l'intoxication alcoolique, les malades commettent des crimes, soit parce qu'ils agissent sous l'influence d'hallucinations ou d'idées délirantes, soit parce que leurs instincts mauvais sont surexcités par le poison et que leurs centres inhibiteurs sont devenus défectueux, également par suite des modifications apportées dans leur système nerveux par l'alcool. Il est inutile de discuter ici les questions si complexes de l'alcoolisme dans ses rapports avec la responsabilité légale. M... n'était pas buveur, il n'a jamais eu de folie alcoolique, il n'était pas ivre lorsqu'il commettait les actes qu'on lui reproche.

Nous devons cependant noter qu'il prétend, lui, que lorsqu'il a allumé ses deux derniers incendies, il avait bu plus que de coutume, qu'il avait fumé, enfin qu'il était surexcité. Nous sommes porté à croire que ces alléga-

tions sont exactes, et que, notamment le 14 juillet, il devait être un peu surexcité par la boisson, quoique l'instruction ait démontré qu'il n'avait presque rien bu au café. Les héréditaires vésaniques et les débiles supportent parfois très mal l'alcool, et de faibles quantités d'eau-de-vie provoquent chez eux de la surexcitation cérébrale. Aussi tiendrons-nous compte de cette circonstance possible.

Enfin, les incendiaires se recrutent surtout dans la classe des sujets à développement intellectuel défectueux : débiles, imbéciles et même idiots. Nous avons vu que ces sujets fournissaient déjà la plupart des véritables pyromanes. Dans les campagnes, quand des incendies successifs éclatent dans un court espace de temps, il faut rechercher leur auteur parmi les jeunes imbéciles ou débiles, à instincts plus ou moins pervers, de la contrée. C'est là un précepte qu'on lit dans tous les traités de médecine légale.

Nous laissons de côté les pyromanes véritables ; les autres incendiaires appartenant à cette catégorie de débiles sont presque toujours des enfants ou des jeunes gens, l'époque de la puberté semble développer cette tendance à mettre le feu.

M..., qui avait seize ans à l'époque de son premier incendie, appartient évidemment à cette catégorie d'incendiaires, composée de sujets jeunes plus ou moins débiles intellectuellement.

Mais si les incendiaires délirants ou impulsifs ne peuvent rendre compte de leurs actes, s'ils sont, selon l'expression consacrée, des *irresponsables*, on comprend qu'il n'en est pas de même des incendiaires à intelligence mal développée.

Il y a, du reste, parmi ces derniers, une gradation insensible, depuis les individus atteints seulement de débilité mentale légère jusqu'aux individus complè-

tement idiots. Il faut, en outre, tenir compte de la perversion concomitante des instincts et des sentiments chez ces sujets, perversion non en rapport souvent avec leur degré de faiblesse intellectuelle. On ne peut donc pas énoncer une règle générale, quant à la responsabilité pénale qui serait indistinctement applicable à tous les dégénérés et anormaux. Chacun d'eux doit être étudié séparément.

M..., lui, est porteur d'une tare héréditaire prononcée, son intelligence est au-dessous de la moyenne ; mais ce qui constitue surtout sa déchéance, ce sont les instincts mauvais et les perversions des sentiments dont il a donné des preuves dès son enfance, et que n'ont pu modifier ni l'éducation ni le milieu honnête dans lequel il a vécu. La cause de cette perversion morale réside uniquement dans l'hérédité morbide.

Nous tenons à faire remarquer qu'il n'a jamais longuement prémédité ses incendies, toujours l'acte suivait de suite la détermination, une réflexion plus prolongée l'aurait sans doute empêché de se produire. Mais c'est le propre des dégénérés d'avoir cette anomalie psychique. Et puis l'alcool, quoique pris en petite quantité, venait peut-être encore accroître cette rapidité de l'actuation suivant l'idée, à la façon d'un réflexe simple débarrassé de tout élément inhibitoire ou temporisateur.

Voici ce qui se passait chez lui : pour un motif futile, pour une pensée d'envie, il éprouvait des sentiments de haine et de colère tout à fait disproportionnés à leur cause, et de suite la pensée de se venger s'emparait de sa conscience. Rien n'intervenait pour contrebalancer cette détermination. Les principes de moralité et de justice ? Ils sont bien faibles et bien incomplets chez lui. C'est une infirmité mentale qu'il doit à l'hérédité. La disproportion entre l'offense et la vengeance ? Mais il ne réagit pas comme les autres. On lui reproche de jouer

au billard au lieu d'aller danser avec ses camarades, et cette raillerie inoffensive lui donne l'impression d'une injure grave. Il emploie pour se venger de suite un moyen très simple, très usité dans les campagnes, il met le feu à la propriété de son offenseur.

Dans ces conditions on ne peut assimiler M... à un criminel ordinaire. Certainement il sait discerner le mal et il a grand peur du châtiment ; mais, sans qu'il soit un aliéné, son fonctionnement psychique est défectueux. Nous nous sommes efforcé de l'établir et d'indiquer en quoi consistait la défectuosité, laquelle défectuosité n'est pas acquise, mais bien transmise héréditairement.

Ne pouvant pas assimiler M... à un criminel ordinaire, on ne peut pas le punir comme on punirait un criminel ordinaire. Sa responsabilité est partielle, dirons-nous, en nous servant d'une expression conventionnelle, mais absolument illogique.

Nous croyons donc devoir formuler ainsi les conclusions de notre rapport :

M... a allumé successivement plusieurs incendies pour des motifs très futiles. Il n'a pas agi sous l'influence d'une idée délirante, il n'était pas aliéné quand il a commis les actes qu'on lui reproche. Il n'a pas agi non plus sous l'influence d'une impulsion morbide irrésistible. Il n'a pas agi davantage, d'une façon inconsciente, pendant les périodes délirantes ou automatiques d'une névrose, l'épilepsie ou l'hystérie. Il n'ignorait pas que ses actes étaient criminels. On ne doit cependant pas l'assimiler à un incendiaire ordinaire. Sa constitution mentale est anormale, il a l'intelligence peu développée, un sens moral rudimentaire et une altération des sentiments. Ces défectuosités psychiques sont les conséquences de l'hérédité vésanique que lui a transmise sa mère ; elles donnent la raison des actes nuisibles qu'il a commis, et dont nous espérons avoir réussi à faire comprendre les caractères

anormaux. Il a, en résumé, droit à beaucoup d'indulgence.

Les conclusions du rapport furent adoptées. M... bénéficia des circonstances atténuantes et fut condamné à deux ans de prison.

En somme, ce cas de médecine légale est remarquable par sa netteté. Un héréditaire vésanique, débile au psychique, non névrosé mais d'un tempérament nerveux, émotif, orgueilleux, haineux, se montre dès son enfance hypocrite et malfaisant. A seize ans, il se met à allumer des incendies sous l'influence de colères toujours peu justifiées. Il incendie sans préméditation, toujours le soir, et l'excitation alcoolique n'est pas sans apporter son appoint à sa détermination. A propos d'un rien, il devient furieux, mais il se contient et dissimule son ressentiment. Seulement l'idée de se venger surgit dans son esprit et, immédiatement, il la met à exécution, il incendie la propriété de son ennemi ; puis, comme font toujours ces sortes d'incendiaires, il appelle au secours, il aide à arrêter le feu et il s'arrange de façon à écarter les soupçons.

Mais en quoi un tel individu diffère-t-il d'un fou moral ou criminel ? Je trouve que l'identité est complète entre eux.

Le criminel-né de Lombroso, avec ses caractères anthropologiques spéciaux, ne semble pas devoir rester absolument tel que ce médecin l'a décrit. Mais il est bien certain qu'il existe des criminels d'habitude, véritablement nés criminels, qui sont des dégénérés, qui portent des stigmates physiques, et qui ne diffèrent pas des fous moraux et criminels des auteurs classiques. Or, M... est un de ces criminels, ce qui ne l'empêche pas de discerner le bien du mal et de craindre le châtiment de ses méfaits.

Les descriptions des fous moraux et criminels répon-

dent parfois absolument aux descriptions des criminels-nés de Lombroso, et il n'y a entre ces deux classes d'autres différences que des différences de degré. Certains théoriciens ont voulu cependant établir entre elles une démarcation tranchée et basée sur cette donnée, que les vrais criminels seulement ont la notion du bien et du mal. Mais tous les hommes, sauf quelques fous, à certaines périodes de leur affection, et les idiots, ont cette notion du bien et du mal, notion intellectuelle, empirique et non pas notion métaphysique.

Je ne voudrais pas empiéter dans le domaine de la philosophie et m'écarter de la médecine légale, ces considérations sont pourtant nécessaires. Partant de cette idée que l'homme non aliéné, non malade, discerne le bien du mal et qu'il a la faculté de se décider pour l'un ou pour l'autre, on reconnaît, tacitement au moins, en médecine légale, une véritable entité, une et irréductible, qu'on désigne sous le nom de *responsabilité morale*. On la distingue de la *responsabilité pénale* qui, elle, est relative et variable. Elle est relative et variable parce que le *moi*, sollicité par des mobiles variables en quantité et en énergie, selon les sujets, éprouve une difficulté plus ou moins grande pour s'arrêter au bien et éviter le mal, selon également les sujets. La responsabilité pénale est, par suite, variable, elle est entière, partielle, réduite, etc.

Eh bien, graduer ainsi la difficulté qu'éprouve le *moi* pour surmonter ses instincts mauvais, c'est simplement faire usage du fameux *phrénomètre* de Falrét. En réalité, le *moi* obéit toujours aux mobiles les plus puissants.

C'est aussi sous l'influence de cette métaphysique qu'on a établi, dans la graduation de la peine, un usage bien illogique, si toutefois la Société, comme elle s'en flatte, se défend contre les criminels mais ne se venge pas d'eux. Ces individus anormaux, dégénérés, déséquilibrés,

instinctifs, étant considérés comme n'ayant qu'une responsabilité limitée, on leur applique une pénalité atténuée. On oublie que, dans cette lutte, dont on admet la réalité, du *moi* contre les instincts mauvais, la crainte du châtement est, chez ces individus, le seul facteur déterminant dans le sens du bien, ou tout au moins le facteur le plus puissant. Les autres mobiles qui agissent dans le même sens chez les sujets normaux, comme le sentiment du devoir, la crainte du déshonneur, etc..., manquent chez eux, ou sont rudimentaires. Il faut donc raisonnablement accroître le plus possible chez les dégénérés criminels la crainte du châtement, qui est le seul élément, ou à peu près, au moyen duquel on peut agir sur leurs déterminations. Au lieu de leur appliquer une pénalité atténuée, sous prétexte que leur responsabilité est partielle, il faudrait au contraire, en bonne logique, accroître pour eux la pénalité ordinaire.

Et cependant cette atténuation du châtement que nous trouvons illogique, et que nous critiquons, nous l'avons réclamée en faveur de M., et dans notre rapport nous parlons, à regret, il est vrai, mais enfin nous parlons de responsabilité partielle. C'est que, dans un journal scientifique, on peut, et on doit même, discuter les idées traditionnelles, et proposer de les remplacer par d'autres conceptions plus en harmonie avec les acquisitions modernes ; mais est-il permis, devant la Cour d'assises, de s'écarter des idées et des formules officielles ? Nous ne le pensons pas. Mais que de contradictions évitées quand on cessera, en médecine légale, d'ergoter sur le libre arbitre et sur la responsabilité morale ou autre, et qu'on ne jugera les criminels que par rapport à leur naissance !

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1891.

Archives générales de médecine.

I. — *Recherches expérimentales sur la valeur et la pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux lésions articulaires*; par MM. le D^r Duplay et Carin, chef de laboratoire de la Charité (numéro de janvier). — Examen critique des différentes théories qui ont cours, ou qui ont eu cours, pour expliquer les atrophies musculaires constatées à la suite des lésions articulaires. — Expériences sur des chiens et des lapins faites par les auteurs qui ont voulu reprendre cette question. — Conclusions de ces expériences.

1° Les amyotrophies consécutives aux lésions articulaires sont constituées par l'atrophie simple des muscles;

2° Cette atrophie ne peut s'expliquer que par une action dynamique, par un simple réflexe dû à l'irritation des filets terminaux des nerfs articulaires. C'était déjà la théorie de Vulpian.*

II. — *L'encéphalite syphilitique*; par M. Lancereaux (numéros d'avril et de mai). — Toutes les régions de l'encéphale sont exposées à des altérations syphilitiques, qui ont pour point de départ initial les vaisseaux ou la névroglie. Quant aux éléments nerveux, cellules et fibres, ils ne sont jamais que secondairement affectés. C'est là un des faits les plus importants à connaître.

Les désordres se produisent sous deux formes, la forme diffuse ou simplement scléreuse, et la forme circonscrite ou gommeuse. Description anatomique de ces deux ordres de lésions. Puis symptomatologie, laquelle, bien entendu, dépend des régions dans lesquelles siègent les lésions. Enfin, indication des caractères différentiels qui existent entre la symptomatologie des lésions syphilitiques et celle des lésions non syphilitiques.

M. Lancereaux termine son mémoire en notant que les localisations cérébrales de la syphilis, même en l'absence de tout traitement spécifique, sont moins redoutables que toutes les affections cérébrales de même genre et d'une provenance différente. Ces manifestations, quand on sait les reconnaître assez tôt, sont avantageusement combattues par un traitement anti-syphilitique énergique. Ce traitement doit être continué pendant un espace de temps égal à celui qui a nécessité la disparition des accidents.

III. — *Note sur un cas de paralysie pseudo-hypertrophique avec réaction de dégénérescence*; par MM. Bédard et Rémond (de Metz), professeurs agrégés de la Faculté de Toulouse (numéro de juillet). — Erb, on le sait, a divisé les atrophies musculaires en deux grands groupes, celui des amyotrophies idiopathiques (dystrophies musculaires progressives), et celui des amyotrophies d'origine spinale. MM. Chareot et Marie ont décrit une forme intermédiaire aux deux formes de Erb.

Les auteurs relatent un cas qui rentre évidemment dans ce groupe intermédiaire. Le malade, en effet, présentait du tremblement fibrillaire et la réaction de dégénérescence, lesquels symptômes caractérisent les atrophies musculaires spinales. En même temps le sujet était héréditaire similaire, l'affection, chez lui, avait débuté dès l'enfance et ne s'était développée que très lentement, lesquels signes appartiennent aux dystrophies progressives de Erb.

IV. — *Sur trois cas de paralysie périphérique chez des sujets hystériques*; par MM. Brissaud et Lamy (numéro d'août et de septembre). — La paralysie hystérique, ordinairement, affecte la sensibilité et la motilité, elle n'envahit pas, ordinairement non plus, des territoires limités innervés par une même branche nerveuse. Ses limites, on le sait, répondent à des lignes circulaires perpendiculaires à l'axe des membres. C'est là la règle, mais il y a des exceptions. L'hystérie peut aussi produire des symptômes nerveux, parfaitement comparables à ceux qui résultent des lésions acquises et irrémédiables de certains nerfs, ou même de certaines ramifications périphériques.

Dans ces sortes de paralysie, il n'y a pas de névrite réelle, mais un manque de résistance, spécial au sujet, dont l'hystérie est la cause première, et où ces paralysies se manifestent à la moindre occasion. Ce ne sont pas des paralysies hystériques au vrai sens du mot, mais des paralysies survenues chez des hystériques, parce qu'ils étaient hystériques, et qui se développent à

propos d'un élément déterminant léger quelconque, comme un traumatisme, le voisinage d'une plaie, un effort.

Suivent trois observations de ces sortes de paralysies chez des hystériques. Voici le résumé de la première :

Sujet hystérique. Phlegmon superficiel du cou. Incision derrière l'angle de la mâchoire. Paralysie consécutive du bras avec atrophie musculaire datant de plus d'un an. Sensibilité conservée. Eh bien, il n'y aurait pas de névrite véritable du plexus brachial. Les deux autres observations sont analogues à celle-là.

V. — *Des attaques épileptiformes dues à la présence du tænia* (pseudo-épilepsie vermineuse) ; par M. Martha, ancien interne des hôpitaux (numéros de novembre et de décembre). — Les accidents épileptiques vermineux, niés autrefois, sont cependant réels ; mais les observations concluantes en sont encore assez rares. Relation d'observations trouvées dans les auteurs et d'observations personnelles.

Conclusions : La pseudo-épilepsie vermineuse existe. Elle diffère de l'épilepsie idiopathique par certains caractères : les attaques sont moins foudroyantes, les malades sont prévenus. La durée de l'attaque est plus longue. Il y a tendance à la forme périodique, avec espaces très éloignés. L'homme en est plus souvent atteint que la femme. Il n'y a pas de prédominance unilatérale des mouvements convulsifs. Enfin, c'est le point le plus important, la disparition du tænia fait cesser les attaques.

Nous ne pensons pas, pour notre part, si tant est que la pseudo-épilepsie existe, que cette affection puisse, par les caractères sus-mentionnés, être différenciée de l'épilepsie névrose idiopathique.

VI. — *De la forme narcoleptique de l'attaque de sommeil hystérique* (pseudo-narcolepsie hystérique) ; par M. Parmentier, ancien interne lauréat des hôpitaux (numéros de novembre et de décembre). — Voici la conclusion de ce mémoire établi sur une série d'observations personnelles : A côté de la forme commune et de la grande forme du sommeil hystérique, il en existe un autre genre qui, par son analogie avec *la maladie du sommeil*, mérite le nom de forme narcoleptique. Cette forme est aux précédentes ce que l'attaque est à l'état de mal hystéro-épileptique. Il existe, du reste, entre cette forme et la forme commune tous les intermédiaires possibles.

Les manifestations antérieures et actuelles de nature hystérique (attaques et stigmates), les caractères de la crise de som-

meil permettent de la distinguer aisément de l'épilepsie, de la narcolepsie, et des sommeils propres à certaines formes de la névrose hypnotique.

Le Progrès médical.

I. — *Deux cas de sciatique spasmodique*; par M. Lamy, interne des hôpitaux (n° 2). — On sait que, depuis les travaux de M. Chareot sur ce sujet, les déviations de la colonne vertébrale font partie du tableau symptomatique de la sciatique. Ordinairement le rachis s'incurve dans un sens opposé au côté malade. Dans les deux observations de M. Lamy, il en est autrement, il y a scoliose homologue. Cette exception est due à un élément morbide surajouté à la sciatique, le spasme musculaire.

1^{re} observation : Sciatique spasmodique à rechutes fréquentes. Inclinaison du rachis du côté malade, c'est-à-dire que sa concavité regarde le côté malade. Raecourcissement apparent du membre et élargissement de la fesse. Amélioration par l'emploi des antispasmodiques.

Le spasme était manifeste, il y avait exagération des réflexes secousses spontanées intermittentes et contraction permanente. Le raecourcissement afférent du membre était dû à l'élévation du bassin, suite de la contraction des muscles carrés des lombes et obliques de l'abdomen. — L'élargissement de la fesse était dû, non à la rotation du fémur, laquelle n'a pas pour effet d'élargir la fesse, mais à la rotation du bassin provoquée par le spasme de certains de ses muscles. On le voit, l'affection ressemblait à la coxalgie hystérique ; il existait des névralgies multiples, entre autres celle du facial, mais il n'y avait pas de stigmate d'hystérie.

La seconde observation est analogue à la première, les symptômes sont seulement moins marqués que dans cette première, laquelle est typique.

II. — *Sur un cas de syringomyélite observé en 1875 et en 1890*; par M. le professeur Chareot et par M. Brissaud, médecin de Saint-Antoine (n° 4). — La syringomyélite n'est connue que depuis une dizaine d'années. Il est certain qu'avant cette époque elle a plusieurs fois été confondue avec d'autres névropathies, le tabes, l'atrophie musculaire progressive, etc.... On est aujourd'hui arrivé à constituer un syndrome syringomyélique, mais ce syndrome n'est pas spécifique; on le retrouve

quelquefois dans des cas de tabes, dans l'hystérie. Mieux encore, il peut ne pas se manifester pendant une longue période du processus anatomique et n'apparaître que longtemps après le début de l'affection. En voici un exemple notable :

En 1875, un officier se présente à M. le P^r Charcot, se croyant atteint de tabes. Il ne présentait cependant qu'une hémiplegie spasmodique gauche fort bien caractérisée : contraction et paralysie incomplète des deux membres gauches, exagération des réflexes, etc... Ce malade n'était porteur d'aucune tare neuropathique héréditaire, il n'était ni alcoolique, ni syphilitique, mais il avait eu des fièvres paludéennes et la rougeole. Sa marche rappelait de loin la marche ataxique, c'est ce qui avait causé l'erreur de diagnostic des médecins qui les premiers l'avaient examiné. Mais en observant mieux, on voyait que la marche différait notablement de celle des ataxiques. Il était obligé de regarder où il posait le pied, et la jambe gauche soulevée oscillait, voilà tout ce qui rappelait la démarche des tabétiques. Les muscles étaient contracturés, le pied regardait en dedans et n'appuyait sur le sol que par son bord externe. Pendant la marche, il traînait un peu. Enfin, le réflexe rotulien était très exagéré. Le début de cette affection remontait à l'enfance. C'est à l'âge de dix ans que le sujet s'était aperçu pour la première fois qu'il était gêné de toute la partie gauche du corps et que le tronc, chez lui, s'inclinait naturellement à gauche, enfin qu'il était plus maladroit du pied gauche. Les symptômes s'étaient accrus progressivement. Comme on le voit, rien ne pouvait, en 1875, faire penser à une syringomyélite (ou du moins ne pouvait faire penser à autre chose qu'à une simple hémiplegie spasmodique, la syringomyélite était alors inconnue). Le malade put faire la campagne de 1870. Mais, à partir de ce moment, l'hémiplegie spasmodique s'accrut et elle se compliqua d'autres symptômes. En 1890 enfin, quinze ans après, il revint demander des conseils à M. Charcot. A ce moment la syringomyélite était évidente :

Hémiplegie spasmodique bien plus prononcée qu'autrefois. Scoliose légère à concavité gauche. Les muscles du bras gauche sont moins développés que ceux du bras droit. Les mouvements du bras sont très limités. Dans toute la moitié gauche du corps, sensibilité tactile intacte, mais thermo-anesthésie complète, pour le chaud et pour le froid ; en plus, analgésie très prononcée. La face, la langue et le pharynx participent, dans leur moitié gauche, à cette anesthésie partielle. La sensibilité spéciale est

intacte. Troubles trophiques : aspect chéloïde de cicatrices de brûlure ; cicatrices de panaris ; véritable acromégalie de la main gauche.

Donc la syringomyélite a évolué pendant très longtemps et le syndrome syringomyélique ne s'est manifesté que très tard (trente ans environ après le début).

Suivent quelques considérations sur le siège probable du processus gliomateux, qui a sans doute envahi le faisceau pyramidal gauche, sans toucher à la corne antérieure, et qui ensuite s'est propagé à la commissure grise. La question des rapports qui existent entre la maladie de Morvan et la syringomyélite est aussi discutée. Y a-t-il identité entre les deux affections ? Enfin, l'acromégalie de M. Marie est également étudiée au point de vue de son rôle d'élément accessoire dans le cas actuel. Cette leçon, comme toutes celles de M. Charcot, doit être lue attentivement dans le texte. Je l'ai déjà dit, il est impossible, dans une analyse succincte, d'indiquer tous les points importants de ces remarquables analyses cliniques.

III. — *Sémiologie nerveuse de la langue* ; par MM. Dupasquier et Marie, internes des hôpitaux (n^{os} 7, 8 et 12). — On trouve dans cette étude claire et méthodique l'examen critique de toutes les lésions de la langue et de tous les troubles fonctionnels s'y rattachant. — On ne peut analyser un semblable travail qui est, en réalité, un résumé des connaissances actuelles sur un point important de la neurologie. On le lira avec intérêt, parce qu'il renferme une quantité de notions anatomiques, physiologiques et pathologiques qui n'existent nulle part ainsi condensées, et que autrement il faudrait rechercher dans une foule de mémoires, de publications diverses et de bulletins de Sociétés savantes.

Les auteurs décrivent successivement les troubles sensitifs, moteurs et trophiques de la langue et ils n'insistent que sur les points les plus obscurs et les plus controversés, par exemple, sur les voies de communication qui existent entre les extrémités des nerfs de la langue et les centres corticaux de ces différents nerfs. Les faits, les notions classiques, ceux pour lesquels les physiologistes et les pathologistes sont d'accord, sont simplement et rapidement indiqués.

IV. — *Le sang dans l'hystérie normale* ; par MM. Gilles de la Tourrette, chef de clinique des maladies nerveuses, et H. Cathelineau, ancien interne en pharmacie (n^o 7). — Voici les conclusions de ce travail : — 1^o Chez les hystériques normaux,

la même solution de continuité du tégument cutané que celle faite à un individu sain, ne donne issue qu'à une quantité de sang d'un tiers environ inférieur à la normale. 2° En dehors de cas d'anémie et de chlorose, la quantité d'hémoglobine, l'urée et la glycose sont en proportions normales.

Ces résultats corroborent ceux observés par les mêmes auteurs et qu'ils ont énoncés ainsi : La nutrition ne semble pas troublée dans l'hystérie normale. — En outre, la première donnée vient donner une sanction à cette hypothèse, à savoir : que le spasme vasculaire est sous la dépendance de la diathèse de contracture. — Remarquer encore que ce spasme est généralisé, il existe aussi bien dans les parties indemnes de contracture que dans les parties contracturées et anesthésiées.

V. — *Des troubles trophiques dans l'hystérie.* Leçon de M. le Dr Pitres, recueillie par le Dr Emile Bitot, chef de clinique (n° 8). — Le temps est loin où l'on n'admettait pas les troubles trophiques dépendant de l'hystérie. On sait maintenant qu'ils sont nombreux et variés. M. Pitres leur a consacré une intéressante leçon clinique. Il a présenté cinq malades porteurs tous d'une dystrophie différente.

1. Œdème des membres inférieurs simulant la *phlegmatia alba dolens*. — L'œdème hystérique accompagne souvent les paralysies et les contractures à l'état isolé, il est rare. Le malade de M. Pitres, hystérique depuis longtemps, vit se développer son œdème à la suite d'émotions pénibles. Il y avait anesthésie au niveau des parties œdématisées. Mais les muscles n'étaient pas paralysés et la marche était possible. L'œdème avait les caractères ordinaires de l'œdème hystérique, il était dur, résistant, il ne conservait pas l'empreinte du doigt, etc... Guérison au moyen de l'aimantation. Un gros aimant fut appliqué pendant une heure, tous les deux jours, sur la jambe.

2. Paralysie hystérique des membres inférieurs. Réfrigération permanente des jambes. — Il y avait anesthésie totale. La température des jambes était de 25 degrés, celle des cuisses, 34 degrés. Le thermomètre, introduit dans le vagin, donnait 38 degrés.

3. Atrophie musculaire hystéro-traumatique sans paralysie ni contracture. — Le malade, un homme, avait reçu une blessure au niveau du grand pectoral à l'aisselle, laquelle blessure se cicatrisa en une dizaine de jours. Mais, quelques mois plus tard, tout le membre supérieur fut pris progressivement d'atrophie musculaire. Ce n'était pas l'atrophie progressive

Aran-Duchenne, mais bien une atrophie hystérique. Il n'y avait pas de réaction de dégénérescence. — A ce propos, le professeur fait remarquer que, dans la paralysie et la contraction hystériques, il y a évidemment troubles fonctionnels des cellules des cornes antérieures, mais que ces troubles fonctionnels sont différents de ceux qui aboutissent à l'atrophie musculaire, puisque ces deux ordres de phénomènes peuvent être indépendants l'un de l'autre, comme dans l'observation actuelle.

4. Ordinairement les paralysies hystériques ne s'accompagnent pas de modifications de l'excitabilité électrique, mais il n'en est pas toujours ainsi. M. Pitres présente une femme atteinte de paralysie faciale, à la suite d'un traumatisme, et dont les muscles paralysés sont devenus, un mois seulement après le début de la paralysie, inexcitables, ou du moins très peu excitable, aux courants galvaniques et faradiques. — Cette malade guérit rapidement au moyen de l'hydrothérapie.

5. Il arrive enfin qu'on observe des troubles trophiques qui aboutissent à la destruction des tissus. Comme exemple, présentation d'une femme hystérique, paralysée des quatre membres, qui, à un moment donné, eut une vaste escarre fessière et qui, peu après, perdit toutes les molaires d'un côté de la mâchoire supérieure; cela, sans carie ni suppuration préalables, et en quelques jours.

VI. — *Des formes frustes de la sclérose en plaques.* Leçon de M. le P^r Charcot, recueillie par M. Souques, interne du service (médaillon d'or) (n° 11). — Après avoir reconnu la forme type de la sclérose en plaques, on s'est aperçu qu'en pratique le tableau symptomatique différait souvent du tableau classique de cette affection. On a ainsi été amené à instituer des formes atypiques ou frustes, comme on l'a fait depuis longtemps pour le tabes.

Il y a quelques phénomènes qu'on retrouve pour ainsi dire toujours, à un moment ou à l'autre de la sclérose multiloculaire, ainsi les phénomènes céphaliques: ictus, nystagmus, dysarthrie, etc... Il ne faut pas l'oublier, ce sont ces phénomènes, et aussi la marche si souvent rémittente de l'affection, qui permettront d'établir le diagnostic dans les formes atypiques.

On peut du reste classer ces dernières de la façon suivante: (A). *Forme fruste par effacement.* Les symptômes ont disparu en partie, il arrive qu'on n'en retrouve plus qu'un seul, ordinairement une paraplégie spasmodique, avec ou sans paralysie des réservoirs. — (B.) *Forme fruste primitive.*

L'affection n'est jamais arrivée jusqu'à la forme typique, il y a une sorte d'avortement du processus symptomatique. — (C) *Forme fruste par intervention d'un phénomène insolite.* On trouve la forme hémiplegique, la forme tabétique, la forme latérale amyotrophique.

M. Charcot présente à la fin des exemples de toutes ces différentes formes de sclérose multiloculaire.

VII. — *Un cas de sciatique avec paralysie amyotrophique dans le domaine du poplité, déterminée par l'usage exagéré de la machine à coudre;* par M. le P^r Charcot et M. Meige, interne du service (n° 14). — L'association de la sciatique avec l'amyotrophie n'est pas très fréquente; la cause de l'affection, dans le cas actuel, est plus rare encore: c'est ce qui fait l'intérêt de l'observation.

La malade travaillait quatorze heures par jour à la machine. La sciatique fut très douloureuse pendant neuf mois et elle laissa après elle une paralysie du pied et de la jambe, compliquée d'amyotrophie de tout le membre inférieur. Il y a donc eu sciatique-névrite ascendante, ayant débuté par le nerf poplité externe.

VIII. — *Documents pour servir à l'histoire du somnambulisme.* — *Du somnambulisme hystérique (phase passionnelle de l'attaque, attaque délirante, attaque de somnambulisme);* par M. Guinon, chef de clinique des maladies nerveuses (n°s 20, 21, 23, 26, 29 et 35). — L'auteur résume ainsi son travail: « La phase passionnelle de la grande attaque classique d'hystérie peut prendre, aux dépens des autres phases, un développement anormal ou même quelquefois s'isoler complètement pour constituer le *somnambulisme hystérique*. Celui-ci consiste en un délire hallucinatoire présentant comme caractères généraux: la perte de la conscience et du souvenir, un haut degré de concentration..., et, comme caractère spécial à chaque individu, une grande variabilité tenant à l'éducation, la profession, le milieu social du malade. »

Les quatre phases de l'hystérie admises par l'École de la Salpêtrière sont loin de se manifester toujours régulièrement, chacune avec une intensité fixe. Cette conception de la grande attaque divisée en quatre phases est en réalité schématique. En pratique, on voit journellement une phase prédominer, une autre manquer, etc. C'est ainsi que la phase des attitudes passionnelles peut occuper la scène presque exclusivement, les convulsions étant à peine remarquées. Cette même phase qui

dure ordinairement quelques minutes peut aussi durer des heures et même des jours. Dans ces cas, les sujets présentent un délire hallucinatoire particulier, le somnambulisme qui, malgré l'apparence, n'est que la phase prolongée et dominante des attitudes passionnelles de l'attaque hystérique. M. Guinon le dénomme somnambulisme hystérique.

Mais le somnambulisme n'est pas une entité particulière. On le croyait autrefois ; aujourd'hui, on sait qu'il se rattache, soit à l'hypnotisme, soit à l'hystérie, soit à l'épilepsie. Il reste bien peu de cas, si toutefois il en reste, où le somnambulisme est indépendant d'une névrose quelconque.

M. Guinon a spécialement consacré son mémoire à l'étude du délire pendant l'attaque hystérique. Il donne plusieurs observations très détaillées qui permettent de comprendre les différentes formes de ce délire, car si ce dernier a des caractères généraux particuliers et constants, il présente aussi plusieurs particularités, selon les cas, et qui permettent d'établir un certain nombre de subdivisions.

Dans une première observation, nous voyons une jeune hystérique de seize ans qui, pendant ses accès, se croit transformée en chatte (galéanthropie). Elle a les allures de cet animal, se glisse entre les pieds d'une table, miaule, joue avec un chiffon de papier, etc. Cette malade avait été mordue, quelques jours avant l'apparition de cette forme délirante, par un chat. Car, et c'est une caractéristique du somnambulisme hystérique, le délire est réglé par les faits habituels de la vie, les souvenirs. Il l'est aussi par les hallucinations visuelles du moment. Et c'est ici que se trouve une expérience importante : on peut, jusqu'à un certain point, entrer dans le délire des malades et le modifier dans une mesure restreinte. Pour cela, il faut employer des excitations sensorielles simples, la parole est ordinairement impuissante. Ainsi, dans certaines observations, nous voyons que des verres de couleur appliqués devant les yeux, le son d'un gong, l'odeur de l'eau de Cologne, etc., provoquent certaines hallucinations qui entraînent des idées délirantes nouvelles, lesquelles se surajoutent aux idées délirantes spontanées. Mais, et c'est là la grande différence entre le somnambulisme hystérique et la suggestion hypnotique, dans le premier, on peut suivre le malade, lui donner même quelques idées délirantes nouvelles, mais qu'il forme lui-même et qui lui sont propres ; dans le second, dans la suggestion hypnotique, le sujet est la chose de l'opérateur, qui fait de lui ce qu'il veut.

Parmi les observations de M. Guinon, je citerai encore celle qui a trait à un jeune homme, lequel avait un point hystérogène pupillaire et auquel la fixation du regard donnait l'attaque somnambulique. Ce malade en était arrivé à prédire l'avenir, et l'imagination de l'entourage aidant, un soir, chez son patron, un charcutier, des faits surnaturels se passèrent : les saucissons se promenaient seuls, les couteaux voltigeaient dans l'air, les boîtes de sardines dansaient, etc...

En résumé, ce mémoire intéressant renferme de nombreux faits, il renferme aussi des déductions théoriques, des propositions doctrinales qui s'ajoutent à tous les matériaux que la science possède relativement à l'hystérie.

IX. — *Tremblement, tic, chorée rythmée et syndrome fruste de Parkinson de nature hystérique*; par M. Boinet, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier (n^{os} 28 et 20). — Le titre de ce travail n'est pas très bien approprié à son objet. Il s'agit, en effet, dans l'étude de M. Boinet, de la relation de plusieurs observations de tremblement et de pseudo-sclérose en plaques, dont les uns se rapportent à des sujets manifestement hystériques, et les autres à des sujets indemnes de toute manifestation hystérique (?). Les conclusions de l'auteur elles-mêmes militent en faveur de la non-existence de l'hystérie chez plusieurs pseudo-sclérosiques.

Dans une première observation, il s'agit d'un soldat qui devient hystérique à la suite d'une frayeur violente. Les grandes attaques convulsives persistent chez lui pendant assez longtemps. Il est atteint vers la même époque de fièvres marmatiques graves et persistantes. Puis, à un moment donné, il est pris de symptômes bizarres intéressant la motilité et la sensibilité : tics de la face, tremblement intentionnel des membres, démarche avec autopulsion. Hémianesthésie complète. Grande amélioration obtenue par la suspension. Ce sujet est hystérique et il semble bien que son tremblement intentionnel est une manifestation de sa névrose.

Dans une seconde observation, il s'agit d'une femme qui présente aussi du tremblement intentionnel et qui guérit par la suggestion. Ce sujet encore est hystérique certainement.

Enfin, dans une troisième observation, il s'agit d'une femme, elle-là non hystérique et n'ayant ni avant, ni depuis les accidents relatés, présenté de stigmates d'hystérie (?). Cette femme, très anémique, est atteinte de variole. Or, chez elle, chacune des périodes de la variole est marquée par une compli-

cation nouvelle de nature neuropathique. Au début de l'éruption, elle a une paralysie du voile du palais, de la vessie, du rectum, de la contracture des masséters. Au début de la suppuration, elle a des phénomènes cérébraux, délire intense, et des troubles de la parole. Pendant la dessiccation des pustules, enfin, elle a de l'aphasie transitoire et du tremblement qui ressemble complètement à celui de la sclérose en plaques.

L'auteur parcourt rapidement, à la fin, l'historique de l'hystérie liée aux maladies infectieuses, et il rappelle la proposition de certains auteurs à laquelle il se rattache jusqu'à nouvel ordre : la pseudo-sclérose en plaques tient à des altérations des centres nerveux. Le microbe de l'affection infectieuse s'arrête le long des parois des vaisseaux de l'encéphale et il y provoque un travail phlogmasique, origine de la plaque de sclérose. Il y aurait bien des choses à dire à propos de cette intéressante étude. D'abord, il est reconnu que la sclérose en plaques peut avoir une origine infectieuse, et qu'elle guérit alors parfois, mais c'est alors une véritable sclérose et non une pseudo-sclérose. Quant aux observations, elles nous semblent devoir toutes être rattachées à l'hystérie, et la théorie de M. Pitres, loin d'être ébranlée, est, au contraire, confirmée par elles.

X. — *Notes sur quelques paroxysmes hystériques peu connus : attaques à forme de névralgie faciale, de vertige de Ménière*; par le D^r Gilles de la Tourette (n° 31). — Les névralgies hystériques ne sont pas rares. Elles sont constituées le plus souvent par la mise en action d'une zone hystérogène siégeant au niveau ou dans le voisinage d'un nerf. Il est à noter qu'il y a ordinairement irradiation de la névralgie aux nerfs voisins. C'est aussi ce qui a lieu pour les zones hystérogènes. Ces névralgies, quand il s'agit du facial, contrairement au tic douloureux qui éclate le matin, se manifestent ordinairement le soir; mais le signe qui les différencie des névralgies vulgaires, est la coïncidence des stigmates hystériques. Il arrive que ces névralgies se terminent par des crises convulsives. Enfin, elles se jugent par les mêmes modifications chimiques que tous les autres paroxysmes hystériques : diminution de l'urée, des phosphates et des résidus solides fixes des urines.

OBS. I. — Une femme hystérique présente à plusieurs reprises des accidents névralgiques qui siègent, tantôt à la tête, tantôt à la région sus-orbitaire et à la tempe. Le plus souvent ces névralgies, après avoir duré une heure ou deux, sont remplacées par une phase convulsive. Aucun médicament ne peut

calmer la douleur, qui est des plus violentes. L'hydrothérapie produit une amélioration provisoire.

OBS. II. — Les douleurs débutent derrière le cou et s'irradient à la tempe. Les convulsions succèdent aussi aux paroxysmes douloureux.

OBS. III. — Presque semblable à la précédente.

OBS. IV. — Les crises douloureuses se prolongent pendant deux ou trois jours ; elles siègent à la région sous-orbitaire et à la tempe.

OBS. V. — Les crises névralgiques alternent le plus souvent avec les attaques convulsives. L'affection dure depuis plus de vingt ans. Il y a ordinairement à la fin de l'accès une crise de larmes ou d'hallucinations. Tous les moyens pharmaceutiques échouent. Traitement par l'hypnotisme et la suggestion ; grande et rapide amélioration. Ce dernier cas est le plus remarquable.

La conclusion de ces faits est que la névralgie hystérique est une réalité, et c'est là une notion nouvelle et importante.

Il faut encore noter que les zones hystérogènes ou hyperesthésiques, qui siègent au niveau de l'organe de l'ouïe, provoquent des troubles passagers du côté du nerf acoustique et aussi du côté des nerfs du labyrinthe (nerfs du sens de l'espace), il en résulte qu'on observe chez certains de ces malades atteints de névralgies faciales, des paroxysmes de bourdonnements d'oreille, de vertiges, de chutes même, avec troubles cérébraux et vomissements, c'est-à-dire qu'on observe chez eux tout le processus symptomatique du vertige de Ménière. Il existe donc des attaques hystériques à forme du vertige de Ménière.

XI. — *Des idées conscientes et obsédantes de persécution et de grandeur* ; par le Dr Séglas (n° 36). — Dans cette leçon clinique, M. Séglas étudie les idées obsédantes, conscientes, en général ; il en énumère les différents caractères : ainsi, elles sont *obsédantes*, avec ou sans impulsions, *irrésistibles*, *conscientes*, *paroxystiques*, les paroxysmes enfin sont suivis d'un *calme relatif*.

Il donne ensuite deux observations très rares, je crois, par le fait de la nature de l'idée obsédante. Dans la première, en effet, il s'agit d'une idée de grandeur, et dans la seconde, d'une idée de persécution. La première malade, une héréditaire, a tout à coup l'idée qu'elle est reine. Elle comprend l'absurdité de cette conception, mais elle en est quand même obsédée à

chaque instant. Quand l'idée vient, elle souffre, elle est angoissée, elle cherche en vain à l'éloigner. Elle n'entend pas de voix, mais c'est comme si elle se parlait à elle-même par la gorge. On reconnaît là l'hallucination psychique de Baillarger qui, pour l'auteur, est, on le sait, une hallucination *psycho-motrice*. Il arrive à la malade d'être entraînée à certains actes en rapport avec son obsession, ainsi il faut qu'elle balaye sa chambre, parce que quelqu'un de la cour pourrait la venir voir.

En discutant cette intéressante observation, M. Ségla fait remarquer qu'il existe, chez sa malade, un commencement de désagrégation psychique, conséquence de ses hallucinations psycho-motrices ; il y a une sorte de scission de la personnalité, et c'est ce qui provoque l'angoisse chez elle quand elle sent que son moi lui échappe. En effet, le souvenir de son idée angoissante, c'est-à-dire la pensée volontaire de son obsession, l'émeut un peu, mais ne lui donne pas de paroxysme angoissant. Il faut pour que celui-ci se produise que l'idée revienne naturellement, c'est-à-dire que le moi se désagrège.

La seconde observation, moins importante, moins rare aussi, a trait à une idée de persécution, ou plutôt peut-être à une terreur morbide intermittente. Le sujet est pris d'effroi, il est tremblant, couvert de sueur, parce qu'il s' imagine qu'on va lui faire du mal ; l'accès passé, il est tout à fait bien.

XII. — *Paralysies bilatérales du muscle droit externe* ; par M. Dufour, chef de clinique de la Clinique ophtalmologique de M. Landolt (n° 36). — Trois observations de paralysies bilatérales du muscle droit externe. La paralysie bilatérale du nerf de la 6^e paire est assez rare. Les symptômes du côté de la vision se résumaient en la diplopie et en des troubles de motilité de la pupille. En revanche, il existait plusieurs symptômes généraux se rapportant à des lésions du système nerveux central. Pour l'auteur, il s'agissait, dans les trois cas, de tabes au début. On sait combien sont fréquentes les paralysies simples et combinées des muscles de l'œil pendant les premières périodes de l'ataxie, mais les paralysies isolées des deux droits externes ne s'observent pas souvent. La lésion siégeait probablement au niveau des noyaux d'origine de la 6^e paire. Il n'y a guère qu'une lésion de cette région qui puisse provoquer ainsi une paralysie bilatérale isolée des droits externes, sans aucune autre manifestation symptomatique du côté de la tête.

XIII. — *Kyste hydatique du cerveau. Paralysie alterne (oculo-moteur commun et pathétique paralysés à droite ; hémipa-*

ésie et hémianesthésie à gauche). *Hémi-parésie plus faible à droite. Névrite optique double*; par le D^r Ducamp, chef de clinique à la Faculté de Montpellier (n° 37). — La tumeur siègeait dans l'hémisphère droit, dans le lobe sphénoïdal. Elle n'adhérait pas, mais était juxtaposée à la substance blanche, n'intéressant ni les ganglions de la base, ni la capsule, mais comprimant ces régions. Elle comprimait aussi le pédoncule, ce qui explique la paralysie des muscles de l'œil. Les kystes hydatiques de l'encéphale ne sont pas très fréquents.

XIV. — *Imbécillité et instabilité mentale. Impulsions génitales*; par MM. Bourneville et Sorel (n° 37). — Observation très détaillée comme toutes celles qui sont prises dans le service de M. Bourneville. L'auteur fait remarquer que les impulsions génitales ne sont pas rares chez les imbéciles. Ils insistent aussi sur ce fait que le sujet, issu d'un père alcoolique, conçu pendant l'ivresse, ayant plusieurs parents idiots, alcooliques et vicieux, est venu au monde en état d'asphyxie, et ils notent que souvent on retrouve ce dernier incident chez les imbéciles, idiots et débiles.

XV. — *Otologie. Clinique otologique annexée au service de M. le D^r Charcot à la Salpêtrière*; par le D^r Gellé (nos 38-40). — M. Gellé expose la statistique analytique, pour 1890, des affections des oreilles observées dans le service de M. le D^r Charcot. Travail très intéressant, mais qui ne peut être analysé.

XVI. — *Du zona diabétique*; par le D^r Vergely (de Bordeaux) (n° 39). — Les névralgies diabétiques sont décidément d'origine périphérique, et non d'origine médullaire comme certains auteurs l'ont avancé autrefois. Auché (de Bordeaux) est l'auteur d'un travail sur ce sujet. Il donne les autopsies de plusieurs diabétiques ayant eu des névralgies tenaces diverses. Il y avait, dans tous les cas, des névrites parenchymateuses classiques. M. Vergely s'étonne que dans ces conditions le zona ne soit pas plus souvent observé dans le diabète et il pense que sa constatation a dû souvent échapper aux observateurs. Il en a, pour sa part, observé deux cas dont il donne les observations. Il expose aussi ses recherches bibliologiques qui lui ont démontré que la science possède d'autres observations analogues.

XVII. — *Contribution à l'étude des manifestations cérébrales et méningitiques des oreillons*; par le D^r Liégeois (de Bainville-aux-Saules (Vosges) (n° 40). — Les complications

cérébrales des oreillons sont très rares. L'auteur en relate trois cas : 1^{er} cas. Symptômes de congestion cérébrale le quatrième jour de l'affection : céphalalgie, vertiges, tendance au coma. Guérison. — 2^e cas. Analogue au précédent, mais les symptômes congestifs sont bien plus prononcés et ils s'accompagnent de monoparésie brachiale droite. Guérison. — 3^e cas. Le sujet, héréditaire névropathe, hypochondriaque et mélancolique, est pris, quelques jours après le début des oreillons, de mélancolie anxieuse intense, puis surviennent des accès de manie avec fureur, *convulsions atoniques des membres* marquées surtout aux membres supérieurs, enfin coma et mort. Pas d'autopsie. Nous faisons des réserves quant au diagnostic pour ce troisième cas.

XVIII. — *Traitement de l'épilepsie par le borate de soude* ; par le P^r Mairet, de Montpellier (n° 41). — Voici les conclusions que M. le P^r Mairet déduit de ce mémoire : 1° Le borate de soude peut avoir une utilité sérieuse dans l'épilepsie. Il peut diminuer le nombre des attaques et même faire disparaître ces dernières pendant plusieurs mois consécutifs. 2° Ce médicament réussit particulièrement dans le cas d'épilepsie symptomatique. Le bromure de potassium, au contraire, réussit mieux dans les cas d'épilepsie névrose. Nous trouvons que l'auteur porte parfois les doses de borate jusqu'à 10 et 14 grammes par jour, mais ce sont là des doses extrêmes.

XIX. — *L'électrothérapie, sa méthode, ses indications*. Conférence par M. le D^r Vigouroux, à la Salpêtrière (n° 42 et 43). — Cette leçon de M. Vigouroux est aussi intéressante qu'elle est utile au point de vue pratique, mais elle ne comporte pas une analyse sommaire. On y trouve un résumé des principales indications thérapeutiques de l'électricité. L'auteur ne se montre pas optimiste, il ne donne pas l'électrothérapie comme une sorte de panacée universelle, on est même surpris de voir combien il en restreint l'emploi. Je me contenterai, pour le prouver, de copier cette phrase : « En résumé donc, pas de traitement local dans la plupart des paralysies périphériques, ou du moins pas de ce traitement classique qui consiste à solliciter quand même la motilité. »

XX. — *L'angine de poitrine d'origine hystérique* ; par le D^r Gilles de la Tourette (n° 441). — Caractères distinctifs entre l'angine de poitrine hystérique et l'angine de poitrine organique :

Les sujets présentent des plaques hyperesthésiques-hystérogènes à la région précordiale, à la région sternale, soit à la

région dorsale, mais avec irradiation vers le cœur. L'excitation de ces zones fait éclater l'accès, lequel accès survient surtout la nuit, à la suite d'émotion. Il peut, chez le même sujet, se reproduire très souvent, durer de quelques minutes à quelques heures; dans le dernier cas, c'est un véritable état de mal. Il affecte deux types, le type névralgique (douleur atroce précordiale, propagation de la douleur au bras, etc..., quelquefois à tout le côté gauche du corps), et le type vaso-moteur (décoloration, puis teinte cyanosée de la face, du bras, etc...). Enfin cet accès se juge souvent par des larmes, du rire, des vomissements. Cette manifestation de l'hystérie est rare. On a noté qu'elle était parfois la première d'une hystérie constitutionnelle, jusque-là latente. On voit, sans qu'il soit besoin de les énumérer, les caractères différentiels qui existent, d'après cette rapide indication, entre cette angine hystérique et l'angine de poitrine vraie. Dans certains cas, on a observé la coïncidence des deux espèces chez le même malade; c'est une nouvelle preuve de la parenté qui existe entre l'hystérie et le rhumatisme.

XXI. — *Dacryorrhée ataxique*; par M. Kœnig (de Paris) (n° 44.) — On connaît les crises de larmes qui constituent un des signes assez rares du tabes. Elles coïncident ordinairement avec les douleurs fulgurantes. Observation d'un cas typique, dans lequel il y avait, en même temps que l'hypersécrétion des larmes, hypersécrétion de toutes les glandes de l'œil et apparence, par suite, de conjonctivite. Ce symptôme se rattache à la paralysie vaso-motrice; il survient par crise, et dans les intervalles, en général, l'hypersécrétion glandulaire et l'hyperthermie de la conjonctivite disparaissent.

XXII. — *De la chorée hystérique arythmique*; par M. Auché, médecin des hôpitaux de Bordeaux (n° 49). — Trois observations. — 1° Chorée arythmique, hystérique. Hémianesthésie gauche. Ovarie gauche. Rétrécissement concentrique du champ visuel.

2° Chorée hystérique, arythmique. Grandes attaques convulsives. Hémianesthésie gauche. Rétrécissement concentrique du champ visuel.

3° Chorée hystérique, arythmique. Grandes attaques convulsives. Hémianesthésie gauche. Rétrécissement concentrique du champ visuel. Plaques anesthésiques.

S'agit-il dans ces cas, comme dans les cas analogues de chorée arythmique hystérique publiés par les auteurs, d'une coexistence, d'une sorte d'amalgame des deux névroses, chorée

et hystérie; ou bien la chorée est-elle réellement une manifestation de l'hystérie? — On sait que cette question est à l'ordre du jour. — L'auteur opine pour la seconde hypothèse parce que, dans beaucoup de ces observations, la chorée arythmique succède progressivement à la chorée à grands mouvements réguliers, évidemment hystérique, elle; parce que, et surtout, dans certains cas, la pression exercée sur un point hystérogène ou hyperesthésique, ou arrête la chorée arythmique, ou, au contraire, accélère l'amplitude des mouvements, en même temps qu'elle en augmente le nombre.

Archives de neurologie.

I. — *De l'obsession dentaire*; par le D^r V. Galippe (numéro de janvier). — M. Galippe rappelle qu'il a, à plusieurs reprises, insisté sur ce point qu'il n'y a pas, à proprement parler, de maladies de la bouche, mais qu'il y a des lésions locales de la bouche en connexion avec un état pathologique d'ordre général, héréditaire ou acquis. C'est ainsi que les *ulcérations imaginaires de la langue* sont, en réalité, des phénomènes d'ordre neuropathologique. A l'appui de cette proposition, il relate brièvement un certain nombre de cas personnels ou déjà publiés par d'autres auteurs. On remarque que, dans plusieurs d'entre eux, la névralgie de la langue semble se combiner avec d'autres signes pour former un ensemble symptomatique précurseur de la paralysie générale.

Enfin, l'auteur donne trois observations détaillées de ce qu'il appelle *obsession dentaire*. Il s'agit, dans toutes, d'individus névropathes qui sont réellement obsédés par une douleur plus ou moins imaginaire des dents ou de la mâchoire. Ils se laissent aller à des conceptions hypocondriaques délirantes dont le point de départ est toujours la douleur dentaire. C'est évidemment chez eux l'état général et non la mâchoire qu'il faut soigner.

II. — *Sur l'astasia-abasie*; par le D^r Thyssen (numéros de janvier et de mars). — Communication faite au Congrès international de Berlin, 1890. M. Thyssen donne d'abord l'histoire de ce syndrome connu depuis peu, puisque c'est M. le D^r Jaccoud qui en fit, le premier, mention, en 1864, en le désignant sous le nom de *ataxie par défaut de coordination automatique*. Il présente ensuite le court résumé de trois observations

qui lui sont personnelles, puis il expose les observations publiées par les autres auteurs. Tous les auteurs, dit-il, mettent en relief que le trouble porte exclusivement sur les actes associés pour la station et pour la marche, qui sont empêchés à des degrés variés, et que, d'un autre côté, le sujet couché a conservé l'intégrité de la force musculaire et la précision des mouvements des membres. Le terme « astasie-abasie » est donc pleinement justifié.

Il discute après les théories proposées par MM. Charcot et Bloq pour expliquer ce curieux phénomène morbide, théories qu'il admet pour sa part, quoiqu'elles soient combattues par d'autres neuropathologistes, entre autres par MM. Möbius et Binswanger. On sait que la théorie de M. Charcot est basée sur la connaissance de l'organisation des mouvements acquis : le plus grand nombre des centres fonctionnels (marche, saut, natation...) s'organisent dans le cerveau et la moelle. Le groupe ou centre spinal est chargé de l'exécution automatique, inconsciente, des actes coordonnés pour l'accomplissement de chaque fonction. Il est dirigé par le centre cortical qui indique le genre d'impulsion qu'il faut donner pour déterminer le fonctionnement. Ce qui revient à dire que, dans le centre spinal, réside la *mémoire organique* et, dans le centre cortical, la *mémoire psychologique*. Il y aurait dans l'astasie-abasie, paralysie du centre cortical. On a, en effet, noté dans certains cas la frayeur comme cause immédiate du phénomène. La frayeur a provoqué une paralysie émotive suivie d'auto-suggestion d'impuissance motrice.

III. — *Leçons sur les localisations cérébrales*; par M. David Ferrier (numéros de novembre 1890, de janvier, mars et mai 1891). — Ce sont des lectures faites, au Collège royal des médecins de Londres, par D. Ferrier, dont les *Archives de Neurologie* ont donné la traduction aussitôt leur publication en Angleterre.

On connaît les belles recherches de M. D. Ferrier sur la physiologie du cerveau. Dans ces *leçons*, il expose l'état actuel de la science sur les localisations cérébrales, ainsi que les résultats de ses dernières recherches personnelles. Je ne puis qu'indiquer le plan de ce travail important, l'analyser serait analyser toute la physiologie moderne du cerveau.

Tout d'abord M. Ferrier relate les expériences d'ablation complète des hémisphères cérébraux sur les différents animaux, il conclut ainsi : Malgré cette extirpation, les animaux, proportionnellement à leur infériorité dans l'échelle animale, en plus

des fonctions organiques qu'ils conservent tous intégralement, restent en possession des facultés variées, classées sous les noms d'équilibre, de coordination des mouvements, expressions émotionnelles..., marche, natation..., réactions adaptées aux impressions reçues par les organes des sens... Ces facultés sont organisées dans les centres mésencéphaliques et spinaux, au plus haut degré chez les poissons, les grenouilles et les pigeons, à un plus faible degré chez les mammifères inférieurs, au moindre degré chez le singe et l'homme.

Puis il fait l'histoire de la question des localisations cérébrales, passant en revue les recherches de Dax, Bouillaud, Broca, Jackson, enfin il arrive à celles de Fritsch et d'Hitzig, qui transformèrent complètement les doctrines antérieurement admises. Ces deux physiologistes ont démontré que la substance corticale grise était excitable par l'électricité, et que selon les endroits excités, on constatait des réactions sous forme de mouvements musculaires différents, et toujours les mêmes pour les mêmes points. M. Ferrier combat toutes les objections opposées à ce principe de l'excitabilité de la couche corticale. Il énumère les relations constantes qui existent entre l'excitation de tel point et le mouvement de tel muscle ou plutôt de tel système de muscles. Il rappelle les expériences faites par les physiologistes à ce sujet, les contrôle les unes par les autres, les compare, et en tire des conclusions selon la méthode scientifique la plus rigoureuse. Il arrive ainsi à la doctrine des centres rigoureusement indépendants les uns des autres, malgré les conclusions, erronées d'après lui, tirées de certaines expériences. « Les centres sont, dit-il, tout aussi complètement différenciés les uns des autres que les membres eux-mêmes, ou qu'un organe d'un sens, d'un autre organe d'un autre sens. »

Mais que signifient ces réactions motrices ? La méthode des excitations ne suffit pas pour répondre à cette question. On peut, en effet, obtenir des mouvements semblables par l'excitation des régions corticales diverses. Cela tient, d'après l'auteur, à ce que certains de ces mouvements ont une signification différente; quelques-uns sont dus à l'excitation des régions motrices proprement dites, les centres sont les expressions associées d'une *sensation subjective*. Les expériences *par excitation* doivent donc être combinées avec les expériences *par destruction*. Et précisément, par la dernière méthode, on arrive à la démonstration de l'existence de centres *sensoriels* ou de *perception*, en rapport avec les différents genres de sensibilité. L'existence de

ces centres est confirmée par la clinique combinée avec l'anatomie pathologique.

Vient maintenant l'étude successive de tous ces centres moteurs et sensitifs existant sur la substance corticale du cerveau, et, à propos de la sensibilité générale, l'étude de la moelle considérée comme organe de transmission. Sans entrer dans les détails d'aucun de ces différents chapitres, je dirai seulement qu'ils renferment l'étude critique complète de toutes les acquisitions modernes sur la question, d'un intérêt si élevé, des localisations cérébrales. En somme, ce travail de M. Ferrier comprend, réunies et commentées, toutes les recherches faites, dans les différents pays, sur cette partie de la physiologie.

IV. — *L'acétanilide*; par M. Yvon (numéro de janvier). — Étude chimique de l'acétanilide. C'est un agent qui possède une action très nette sur le système nerveux et sur la température du corps. Il est calmant et antithermique.

V. — *De l'influence des centres trophiques de la moelle sur la distribution topographique de certaines névrites toxiques*; par M. E. Brissaud, médecin de Saint-Antoine, agrégé de la Faculté (numéro de mars). — Observation détaillée d'un cas de paralysie alcoolique. — Les symptômes rappellent ceux du tabes ataxique, mais ils en diffèrent principalement par le genre d'incoordination des mouvements des membres inférieurs, la marche est, en effet, celle dite en *stepper*. En outre, le réflexe rotulien n'est aboli que d'un côté. Enfin, il existe certains troubles trophiques spéciaux : zona, vitiligo, atrophie des extenseurs. Ce qui est surtout remarquable chez ce sujet, c'est que la douleur, la paralysie (celle des extenseurs), les troubles trophiques, tous siègent dans les régions innervées par des nerfs venus du plexus lombo-sacré.

En discutant ce fait et en rappelant ce qui se passe dans la paralysie saturnine et dans l'atrophie hystérique, M. Brissaud fait voir qu'il y a bien névrite périphérique, mais que la cause première de l'affection réside dans les centres trophiques médullaires. Les cellules des cornes antérieures, dans la portion de la moelle de laquelle partent les racines du plexus lombo-sacré, sont le siège de modifications morbides dues à l'alcool, modifications non visibles peut-être au microscope, fonctionnelles, pourrait-on dire alors, mais qui sont la cause première de la névrite et de l'atrophie musculaire.

VI. — *De l'appareil nerveux central de l'olfaction*; par M. P. Trolard, professeur à l'École de médecine d'Alger (nu-

méros de novembre 1890, mars, juillet et septembre 1891). — Cet article qui traite d'un point assez aride de l'anatomie du cerveau, puisqu'il ne s'y trouve aucune déduction, pathologique ou psychologique, est cependant écrit en un style humoristique et attrayant. M. Trolard admet le schéma suivant pour la disposition du système nerveux, central : L'appareil sensitivo-moteur de la moelle comprend : 1° un *arc rachidien*, lequel est constitué par le nerf centripète, la lame de substance grise et le nerf centrifuge ; 2° un *arc intermédiaire*, lequel est constitué par une branche qui va au thalamus et une branche qui vient du corps strié ; 3° un *arc cérébral*, constitué, lui, par une branche qui va aux parties postérieures de l'écorce cérébrale et par une autre branche qui vient des parties antérieures de cette même écorce ; 4° un *arc direct*. Ce dernier est constitué par des faisceaux qui vont directement aux centres corticaux sans s'arrêter à l'appareil opto-strié.

Ceci posé, il ne croit pas que la disposition soit différente quand, au lieu d'un nerf médullaire, il s'agit d'un nerf tributaire d'un segment de la moelle, contenu dans la cavité crânienne, c'est-à-dire d'un nerf des sens spinaux, et il le démontre en étudiant le nerf olfactif.

Sa méthode de recherches est exclusivement celle de l'anatomie descriptive. Il n'a pu faire beaucoup d'études bibliographiques, il n'a pas, non plus, pu s'étendre sur l'anatomie comparée, parce que, dit-il, « le budget de l'École d'Alger n'est pas plus riche que son budget personnel ».

Voici les conclusions de ce travail : Les nerfs olfactifs, au niveau de l'espace perforé antérieur, forment, par l'écartement de leurs fibres, une zone radulaire, qui occupe tout l'espace perforé antérieur. Il y a là un véritable carrefour qui est mis en rapport, par la *bande diagonale* (1), avec la moelle prolongée. Un faisceau médullaire, né du plancher du quatrième ventricule, émerge de la protubérance à la partie postérieure de l'espace perforé postérieur, passe sous la bandelette optique et va s'unir à la bande diagonale, c'est l'*arc rachidien*.

Le carrefour est ensuite en communication avec le tubercule antérieur du thalamus. De la bande diagonale part un ruban

(1) La *bande diagonale* a été étudiée par Foville. On la voit dans l'espace perforé antérieur. Son sommet est en rapport avec le pédoncule du corps calleux, sa base (elle est triangulaire), répond au crochet de l'hippocampe.

qui, après avoir formé le filet du sillon opto-strié, contourne le thalamus et va aboutir à son tubercule antérieur, c'est l'*arc intermédiaire*.

Du tubercule antérieur du thalamus, part une voie de communication qui arrive à l'écorce en passant par le pilier antérieur du trigone. Les éminences mamillaires ainsi que le septum lucidum font partie de cette voie de communication. C'est l'*arc cérébral*.

Enfin, le corps godronné constitue le noyau cortical du nerf olfactif. Il communique directement avec le carrefour par la continuité de la bande diagonale. C'est l'*arc cérébral direct*.

VII. — *Sur un cas d'hystérie simulatrice du syndrome de Weber*. Leçon de M. le P^r Charcot, à la Salpêtrière (numéro de mai). — Le syndrome de Weber est constitué par une paralysie croisée du moteur oculaire commun, du côté de la lésion, et des membres du côté opposé. Il est sous la dépendance d'une lésion affectant la partie interne du pédoncule cérébral. Le professeur rappelle l'anatomie du moteur commun dans son trajet intrapédonculaire, il indique les rapports qui existent entre la bandelette pyramidale et les divers filets du moteur commun qui, en cet endroit, marchent indépendamment les uns des autres, ce qui explique les paralysies partielles des muscles de l'œil.

Il présente une jeune fille qui offre le syndrome de Weber, mais qui n'est atteinte d'aucune lésion des pédoncules. L'affection est chez elle de nature hystérique. On constate, en effet, divers stigmates de l'hystérie, et en plus on voit qu'il n'y a pas de véritable ptosis, mais bien spasme de la paupière. Le diagnostic entre le ptosis et le blépharospasme est, paraît-il, très difficile dans certains cas. M. Charcot signale un caractère différentiel important. Dans le spasme de la paupière, il y a abaissement du sourcil; dans le ptosis, le sourcil est sur même plan des deux côtés, souvent même il est plus élevé du côté malade.

VIII. — *Sur l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique*; par M. G. Guinon, chef de clinique des maladies nerveuses, et M^{lle} Sophie Woltke (d'Odessa), docteur en médecine (numéro de mai). — M. Mesnet avait déjà noté ce phénomène; il avait observé que, chez un sujet en somnambulisme, les excitations sensorielles modifient les idées délirantes, mais à cette époque (1874), on considérait le somnambulisme comme une entité spéciale, on ne le rattachait pas encore à l'hystérie.

M. le D^r Motchoutkowsky (d'Odessa) a fait une expérience

sur une hystérique, qui démontre bien qu'il est possible de provoquer des hallucinations, et par suite des idées délirantes, lesquelles se surajoutent aux hallucinations et aux idées délirantes habituelles de la phase passionnelle. — Les auteurs de cet article ont, pour contrôler les conclusions du médecin russe, établi à la Salpêtrière une série d'expériences analogues à la sienne.

Voici le résumé de l'observation de M. Motchoutkowsky : Un ancien militaire hystérique, présentant plusieurs symptômes permanents de la névrose, tels que parésies et contractures diverses, est, en plus, sujet à de grandes attaques spontanées ou provoquées. Il est suggestionnable, et, pendant la période passionnelle, il voit toujours une scène quelconque de sa vie militaire d'autrefois. La crise terminée, il perd le souvenir de son rêve, mais on peut rappeler ce souvenir au moyen de la suggestion. — Pendant la période passionnelle, ce malade est absolument concentré dans son délire ; par la parole on ne modifie en rien son attitude. Si on excite ses sens autrement que par la parole, il n'en est plus ainsi. Par exemple, un verre bleu appliqué devant les yeux, du sulfate de quinine mis sur la langue, etc..., chacune de ces excitations sensorielles produisent des hallucinations nouvelles et modifient la mimique du sujet. En employant la suggestion, on peut arriver à apprendre le lendemain ce qu'il a vu la veille et ce qu'il a fait, pendant que dans la phase passionnelle, il était ainsi soumis à différentes excitations de la vue et du goût. Eh bien, le tableau était toujours modifié, mais il l'était toujours de la même façon, c'est-à-dire que la même excitation amenait toujours la même réaction psychique.

Les expériences de la Salpêtrière conduisirent à des résultats tout à fait semblables, et les auteurs résument ainsi leur travail :

1° Dans le délire de la phase passionnelle, on peut modifier la marche des hallucinations et en créer de nouvelles à l'aide d'excitations diverses, mais toujours simples, des organes des sens. — 2° Ces hallucinations sont toujours indépendantes de la volonté de l'opérateur et laissées exclusivement à l'initiative du malade qui s'approprie la sensation perçue et la transforme à son gré en une hallucination correspondant à ses habitudes, à son genre de vie, ses souvenirs, en un mot à sa propre personnalité.

IX. — *Euxalgine* ; par M. P. Yvon (numéro de mai). —

L'exalgine a été introduite dans la thérapeutique par MM. Du-jardin-Beaumetz et Bardet. D'après ces auteurs, elle serait un puissant analgésique, supérieur à l'antipyrine. — MM. Desnos et Hénocque l'ont aussi expérimentée. Ils ont reconnu que son action antithermique était très minime, et qu'au contraire elle agissait énergiquement sur la moelle et sur le système vasomoteur. En somme, c'est comme analgésique qu'elle est précieuse. Dans les névralgies, par exemple. Il ne faut pas dépasser la dose de 1 gr. 25 en vingt-quatre heures.

X. — *A propos d'un cas d'hystérie masculine.* Leçon de M. le P^r Charcot, recueillie par M. Guinon, chef de clinique (numéro de juillet). — Le P^r Charcot rappelle que l'hystérie masculine est *très fréquente*, surtout dans la classe ouvrière des grands centres. En plus, il affirme à nouveau que l'hystérie est une, mais que des facteurs étiologiques divers, comme l'alcoolisme, les traumatismes, etc., peuvent la faire éclore chez les sujets prédisposés héréditairement.

Il montre ensuite un jeune homme hystérique qui présente de grandes attaques et plusieurs symptômes permanents de la névrose. Chez lui la cause de l'hystérie réside dans l'hérédité, mais des facteurs déterminants multiples : l'alcoolisme et un traumatisme, ont provoqué l'apparition des accidents. — Le point remarquable de cette observation est dans la manifestation d'une paralysie réelle du facial inférieur. Deux muscles seulement semblent atteints, le buccinateur et le grand zygomatique. M. Charcot a longtemps nié la réalité de la paralysie hystérique du facial inférieur. Aujourd'hui il admet la possibilité de cette paralysie. Il en connaît cinq cas, en comptant le cas actuel. Ce symptôme est donc rare. On a souvent pris le spasme latéral des muscles des lèvres et de la langue pour une paralysie du facial inférieur ; l'erreur est en effet facile. Enfin, dans tous les cas connus de paralysie et de spasme, il y a toujours anesthésie concomitante des parties atteintes.

XI. — *Note sur le dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales psycho-motrices* ; par le D^r Séglas, médecin de la Salpêtrière (numéro de juillet). — C'est la reproduction d'une communication faite au Congrès de médecine mentale de Paris. — M. Séglas, dont on connaît la prédilection pour les recherches de psychologie pathologique, relate deux observations de délire avec hallucinations diverses, et tendance au dédoublement de la personnalité. Les deux malades présentent à un haut degré le phénomène appelé « hallucination psy-

chique » par Baillarger, et M. Ségla établit, après une analyse délicate de leur état psychique, les trois propositions suivantes :

1° L'hallucination psychique de Baillarger est avant tout un trouble fonctionnel des centres moteurs de la faculté du langage ;

2° Elle tient à la fois de l'hallucination sensorielle et de l'impulsion, d'où le nom « d'hallucination verbale psychomotrice », qu'il propose de lui donner ;

3° L'élément moteur qu'elle renferme en fait une cause puissante de dédoublement de la personnalité. On sait, en effet, que tous les troubles de la volonté, impulsions ou inhibitions, que tout fait d'automatisme, enfin, est en même temps un fait de dédoublement de la personnalité.

XII. — *Note sur un cas de paralysie hystéro-traumatique des quatre membres* ; par le D^r P. Sérieux, médecin adjoint des asiles de la Seine (numéro de juillet). — Observation très bien prise et suivie de considérations intéressantes. Il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une vive émotion, fut prise de convulsions hystériques intenses.

Les convulsions cessèrent et elles furent remplacées par un délire hallucinatoire passager, que l'auteur considère comme la phase passionnelle d'une attaque. Puis survinrent des secousses intermittentes qui sont diagnostiquées : *chorée électrique*. Enfin les quatre membres devinrent paralysés, à commencer par les membres inférieurs. La malade finit par guérir sous l'influence du traitement psychique, la suggestion à l'état de veille. Il fut impossible de l'hypnotiser.

Les paralysies hystériques des quatre membres sont rares. Dans le cas actuel, M. Sérieux admet comme genèse de la paralysie l'auto-suggestion, à la suite d'un traumatisme exercé, au dehors, sur les quatre membres, pendant les attaques convulsives. Les troubles sensitifs qui accompagnaient les troubles moteurs étaient nombreux et très marqués : anesthésie presque générale. Dissociation des diverses sortes de sensibilité. Disparition complète, à un moment, de la sensibilité électrique et de l'excitation faradique. Variations brusques dans la répartition de l'anesthésie. Il y avait enfin aussi quelques troubles trophiques et vaso-moteurs ; c'est ainsi que la peau des membres inférieurs était froide et marbrée de plaques violacées.

XIII. — *Recherches expérimentales sur les voies motrices de*

la moelle épinière ; par M. Grégoire, Rossolino, privat-docent à la Faculté de médecine de Moscou (numéros de juillet et de septembre). — On connaît l'expérience de Brown-Séquard qui consiste à pratiquer une hémisection de la moelle sur un animal. A la suite de cette hémisection, il y a paralysie du membre inférieur du côté de la lésion (paralysie des mouvements volontaires), hyperesthésie de ce membre ainsi que de toutes les parties latérales du corps, situées au-dessous de la lésion. Le membre opposé est au contraire anesthésié, mais sans paralysie aucune. L'auteur a repris cette expérience et il est arrivé aux mêmes résultats que M. Brown-Séquard. En outre, il a noté que la paralysie disparaissait au bout d'un certain temps, ainsi que disparaissaient tous les troubles sensitifs, en sorte que l'animal, après un laps de temps donné, est redevenu tel qu'il était avant l'opération. Il a expérimenté sur des cobayes.

Faisant l'autopsie des cobayes guéris et qui ne présentaient plus aucune trace de paralysie ni de dysesthésie, il put constater que la cicatrice qui réunissait les deux surfaces de section de la moelle ne contenait aucun élément nerveux. Il en conclut que la voie de transmission de la motilité devait passer par la moitié opposée de la moelle, et qu'il s'établissait une suppléance dans la partie opposée à la lésion. Cette proposition, il la contrôla par d'autres expériences.

Ainsi, un cobaye est opéré d'après la méthode de Brown-Séquard. Il guérit des troubles moteurs et sensitifs consécutifs à l'hémisection médullaire, au bout d'un mois, par exemple. L'auteur fait à ce même cobaye une seconde hémisection médullaire, du même côté que la première, et à quelques centimètres au-dessus d'elle. Résultat : légère fièvre du côté opéré, qui se dissipe très vite. Une troisième hémisection médullaire est ensuite pratiquée à ce même cobaye, mais du côté opposé aux deux premières et au-dessus d'elles. Résultat : paralysie persistante des deux membres inférieurs et anesthésie des deux côtés. Ces deux expériences sont bien concluantes, puisque les cicatrices ne contenaient aucun élément nerveux, et elles confirment la proposition de M. Rossolino, laquelle est ainsi formulée :

« Lorsque, chez un animal soumis à l'hémisection de la moelle épinière, les mouvements volontaires de l'extrémité paralysée reviennent à l'état primitif, cela se produit par la suppléance des voies nerveuses atteintes par l'opération par d'autres voies, disposées du côté opposé et intact de la moelle,

dans toute sa longueur, du haut en bas, c'est-à-dire depuis l'entrecroisement des pyramides jusqu'au niveau des racines motrices contenant les fibres nerveuses pour l'extrémité postérieure, où elles passent immédiatement du côté de la lésion. »

XIV. — *Deux nouveaux cas d'astasia-abasia*; par le D^r Bonamaison (numéro de juillet). — L'astasia-abasia ne semble pas aussi rare qu'on le pense en général. Ce syndrome se rattache à l'hystérie, ou du moins les sujets atteints sont presque toujours des hystériques. M. Bonamaison en relate deux observations. Il s'agit de deux jeunes filles, dont l'une au moins est certainement hystérique. Chez ces deux malades l'astasia-abasia est parfaitement caractérisée. La première malade guérit au moyen de l'hydrothérapie, la seconde fut seulement améliorée au moyen de ce traitement.

XV. — *Sur un cas de paralysie radiculaire de la première paire dorsale, avec lésion hémilatérale de la moelle d'origine traumatique simulant la syringomyélite*. Leçon de M. le P^r Charcot, recueillie par M. Halliou, interne du service (numéro de septembre). — M. le P^r Charcot établit, dans cette leçon, le diagnostic différentiel entre la névrite de la première paire dorsale, accompagnée d'une lésion médullaire de la syringomyélite.

Un jeune homme reçoit une balle de petit calibre au niveau de la septième apophyse épineuse cervicale. A la suite, paralysie transitoire des deux membres droits. La plaie guérit vite, mais on ne put extraire la balle. Trois ans après, à la suite d'un effort, violente douleur au cou, puis parésie progressive du membre inférieur droit et des membres inférieurs des deux côtés, atrophie musculaire de la main droite, etc. Enfin les divers symptômes ordinaires de la syringomyélite.

Voici l'énumération de ces symptômes: membre supérieur droit: atrophie musculaire de la main et de l'avant-bras, mais des fléchisseurs seulement (de l'avant-bras); réaction de dégénérescence des muscles de l'éminence thénar. Anesthésie dissociée de la partie interne du membre. Le sens du tact seul persiste. Le membre supérieur gauche est absolument indemne. — Membre inférieur droit: paralysie spasmodique; exagération des réflexes. Membre inférieur gauche: dysesthésie. — Scoliose à convexité droite. — Pupille droite plus petite; œil droit petit et enfoncé.

On voit que tous ces symptômes appartiennent à la syringomyélite. Cependant il n'y a pas symétrie des troubles sensitifs aux deux membres de chaque côté; en outre l'anesthésie, au

lieu d'être disposée en segments, est limitée dans une bande longitudinale à la partie interne du membre supérieur droit. Enfin d'autres caractères encore jettent du doute, quant à la réalité d'une syringomyélite bien nette. On est conduit à penser à une syringomyélite un peu irrégulière.

Or, la névrite du premier nerf dorsal droit explique très bien tous les symptômes du membre supérieur. Ce nerf fournit le brachial cutané interne qui est purement sensitif. Il y a anesthésie dans tout son territoire et exclusivement dans son territoire. Il fournit aussi des fibres au médian et au cubital, tous deux mixtes. Les parties innervées par ces deux nerfs sont atrophiées; celles qui sont innervées par le radial, qui ne provient pas de la 1^{re} paire dorsale, sont indemnes.

Quant aux symptômes observés dans les membres inférieurs, ils répondent au syndrome de Brown-Séquard, et ils s'expliquent par une compression, une lésion de la moelle.

Les signes du côté des yeux s'expliquent, eux, par une lésion du *rameau communiquant* entre le 1^{er} nerf dorsal et le grand sympathique. On sait que ce filet communiquant renferme les fibres irido-dilatatrices et aussi les fibres destinées au muscle de Muller, dont la paralysie a pour effet l'enfoncement de l'œil dans l'orbite.

Voici donc ce qui s'est passé: La balle a traversé le canal rachidien en effleurant la moelle, au niveau de la 7^e vertèbre cervicale, et s'est logée dans le corps de la vertèbre voisine. Il en est résulté un travail d'inflammation latente qui a rendu le corps vertébral friable, fragile. Sous l'influence d'un effort, il y a eu fracture en cet endroit, et comme conséquence, affaiblissement du tronc de conjugaison. D'où écrasement du nerf dorsal et névrite consécutive. Enfin une aiguille, la balle elle-même peut-être, comprimant la moelle, il en est résulté le syndrome de Brown-Séquard observé aux membres inférieurs.

Je regrette de ne pouvoir donner d'une façon plus détaillée cette analyse clinique véritablement remarquable.

XVI. — *Traumatisme avec perforation du crâne*; par le Dr Petrucci, directeur médecin de l'asile départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire (numéro de septembre). — Voici le résumé de cette observation, tel que l'auteur le donne: « Foyer purulent dans le lobe quadrilatère et les circonvolutions de passage du pli courbe du cerveau droit, avec parésie et hémiplegie gauche progressive, consécutive à la destruction des circonvolutions cérébrales correspondantes. »

M. Petrucci fait suivre les détails de l'autopsie de considérations d'ordre physiologique. Le lobule quadrilatère serait, d'après lui, une circonvolution de passage, un centre de coordination, un point entre le lobe sensitif temporal et le lobe moteur pariétal. « C'est une *connexion aphasique comme les autres, comme l'aphémie, l'agraphie, la surdité verbale et la cécité verbale.* » Il y a certainement là des erreurs d'impression qui rendent cette partie du travail bizarre.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

I. — *L'affaire Gouffé. État mental de Gabrielle Bompard.* — Rapport de MM. Brouardel, Motet et Ballet (numéro de janvier). — L'affaire Gouffé a eu, dans le public, un très grand retentissement, parce qu'elle semblait être la réalisation d'un de ces romans judiciaires invraisemblables, qui ont eu dans ces derniers temps beaucoup de succès. Mais son véritable intérêt, pour le médecin, réside dans la discussion qui eut lieu, à ce propos, devant la Cour d'assises, sur la suggestion à l'état de veille. — Le rapport médico-légal de MM. Brouardel, Motet et Ballet fait voir clairement ce qu'était Gabrielle Bompard, l'héroïne de l'affaire :

« Gabrielle Bompard n'est pas une malade, c'est un être incomplet dont la caractéristique est l'arrêt de développement du sens moral sans arrêt parallèle du développement intellectuel. »

Les conclusions du rapport pourraient peut-être être discutées par un psychologue indépendant, mais elles sont conformes aux doctrines classiques sur la *volonté morale* et sur le *libre-arbitre*, les seules doctrines qu'on puisse encore aujourd'hui exposer devant les tribunaux. Les voici :

« Si profondes que soient les lacunes du sens moral, l'intelligence est assez nette pour que G. Bompard sache ce qui est bien et ce qui est mal. Elle n'est pas atteinte d'aliénation mentale, rien n'établit qu'elle ait subi une contrainte de quelque nature que ce soit. — G. Bompard ne saurait donc être considérée comme irresponsable des actes qui lui sont imputés. »

II. — *Faux témoignages par les enfants. Accusation de tentative de viol ;* par le D^r Motet (numéro de janvier). — Il s'agit d'une expertise des plus délicates et très heureusement conduite par le D^r Motet, dont la haute compétence en méde-

cine légale des aliénés est universellement connue et appréciée.

Une jeune fille, médiocre au point de vue de l'intelligence comme au point de vue du caractère et du développement du sens moral, mais ne présentant aucun trouble du côté du système nerveux, accuse un jour son oncle d'avoir voulu la violer. Elle entre dans des détails circonstanciés, mais, plus tard, elle revient énergiquement sur sa dénonciation. L'information démontre qu'elle était ivre au moment où elle accusait son oncle.

M. Motet ne présente pas de conclusion absolue, mais il pense seulement qu'il se pourrait que la jeune fille ait menti. Son appréciation se base sur l'état d'ivresse de la jeune fille, sur les troubles physiques et intellectuels compliquant cet état d'ivresse, enfin sur l'état mental du sujet qui, en plus, est en crise de formation. Il rappelle incidemment que les enfants sont foncièrement menteurs et qu'ils arrivent parfois, dans leurs récits et dans leurs écrits, à un degré de cynisme et d'immoralité qu'on ne peut imaginer.

III. — *Le suicide à deux. Responsabilité pénale du survivant poursuivi pour homicide volontaire* ; par le D^r Paul Garnier (numéro de mars). — Deux observations ou plutôt deux rapports médico-légaux, précédés de quelques réflexions sur le suicide à deux.

Le premier rapport concerne une femme qui tenta de se noyer avec son enfant. Ce dernier fut sauvé. L'auteur conclut à l'irresponsabilité de la mère, laquelle « n'est pas une aliénée, mais une névropathe, dont la santé physique et morale est plus ou moins troublée par des céphalalgies opiniâtres, des douleurs ovariennes ou utérines, des accès de découragement, au cours desquels elle subit une appétition malade pour les boissons alcooliques, dont l'intervention, sur un pareil terrain, ajoute à la perturbation morale paroxystique ». Le jour de la tentative de suicide, cette femme « était sous la dépendance d'une crise d'exaltation malade, de désarroi intellectuel et moral et d'obnubilation d'origine alcoolique ».

Le second rapport concerne une autre femme qui tenta de s'asphyxier avec son petit garçon ; on put la sauver, mais l'enfant succomba. Cette femme est également reconnue irresponsable, et pour des raisons analogues à celles qui sont exposées déjà à propos du sujet du premier rapport. Cependant elle semble réellement avoir agi sous l'influence d'un véritable accès de mélancolie avec conscience, dès longtemps préparé. Et de fait,

envoyée à Sainte-Anne, elle y mourut deux mois après dans le marasme mélancolique.

IV. — *Crimes et délits commis par les morphinomanes*; par le D^r Guimbail (numéro de juin). — Les morphinomanes sont des anti-sociaux, des anti-altruistes. Chez eux, l'activité intellectuelle est abolie et le sens moral au moins diminué. Un exemple de cet affaiblissement du sens moral est fourni par l'histoire de ce médecin morphinomane qui, sans aucun scrupule, prête à un ami intime sa femme et ensuite exploite cette dernière autant qu'il put. Cette affaire, qui se termina en police correctionnelle à Paris, a, du reste, été rapportée à l'époque par tous les journaux. Chaque année, les exemples se multiplient de crimes ou délits imputables aux morphinomanes.

Mais avant d'examiner quel degré de responsabilité doit être attribué à un morphinomane, il faut d'abord se demander si les passions factices, les habitudes des stimulants constituent une aggravation à la faute commise, ou si, au contraire, elles lui enlèvent une part de gravité. Pour l'auteur, le morphinomane se rapprocherait du dipsomane, ce qui lui enlèverait de sa responsabilité.

M. Guimbail expose ensuite certaines considérations sur l'état mental des intoxiqués par la morphine, il fait voir que ces malades sont très dissemblables les uns des autres et il conclut en disant que l'usage habituel de la morphine n'est pas susceptible par lui seul d'entraîner l'immunité pénale; que dans les cas d'intoxication prolongée, alors que le fonctionnement cérébral est altéré, l'atténuation de la responsabilité est une règle absolue. Quand l'acte incriminé est commis par le sujet dans une de ces périodes dites de *besoin*, il faut conclure à l'irresponsabilité entière; mais alors le sujet devra être considéré comme aliéné et placé dans un asile.

V. — *Tatouage chez un aliéné*. Communication du D^r Christian à la Société de médecine légale de France (numéro de juin). — L'intérêt de l'observation réside en ce que les tatouages répondaient aux idées délirantes du malade, lequel était un persécuté chronique.

VI. — *Etude de psychologie judiciaire*; par M. Adolphe Guillot, juge d'instruction (numéro de juin). — C'est une communication faite à la *Société de médecine légale de France*. M. Guillot se propose de démontrer que certains aliénés criminels agissent parfois exactement comme les véritables criminels. Ils préméditent leurs attentats, ils les accomplissent avec habi-

leté et ils se défendent avec beaucoup d'adresse quand le juge d'instruction les interroge. D'où la nécessité pour les magistrats criminalistes de connaître la psychologie morbide et d'avoir l'habitude des aliénés.

L'auteur relate, à l'appui de son dire, l'histoire d'une femme réellement aliénée qui avait assassiné une de ses voisines et qui arriva presque à se disculper complètement en faisant s'égarer les soupçons sur des personnes absolument étrangères au crime.

La fin de cette communication est consacrée à soutenir la nécessité de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels dangereux.

Nous n'analysons que la partie fondamentale, pratique pour ainsi dire, de ce savant et intéressant travail. Il est, en effet, précédé de considérations accessoires, mais que nous négligeons. Elles ont trait à la philosophie pénale basée sur le libre-arbitre. Nous y trouvons cette donnée, véritable vestige des doctrines d'Heinroth, à savoir que, si l'on pouvait pénétrer au fond de la conscience, on constaterait souvent que le point de départ du processus qui aboutit à la perversion morbide de la volonté morale, c'est-à-dire à la perversion du libre-arbitre, est une faute volontaire, et par suite évitable.

VII. — *Rapport médico-légal sur l'état mental de la femme B... inculpée d'assassinat*; par MM. Motet, Ballet et Richardièrre (numéro de juillet). — La femme B... est cette femme qui est présentée, dans l'article précédent, par M. Guyot, comme un exemple typique de la similitude qui existe parfois entre le *modus faciendi* des aliénés criminels et le *modus faciendi* des criminels véritables. Ce rapport médico-légal est très intéressant, l'inculpée n'étant pas atteinte d'une affection mentale nettement définie, et son état psychique s'étant beaucoup modifié pendant le laps de temps qui sépare la perpétration du meurtre et le moment de l'expertise. Voici les conclusions auxquelles les experts sont arrivés :

1° La femme B... (une héréditaire vésanique) a présenté toute sa vie les symptômes de la déséquilibration mentale tels qu'on les rencontre souvent chez les dégénérés héréditaires ; 2° actuellement, elle est en état de démence ; 3° lorsqu'elle a commis le crime qui lui est reproché, elle était à la première période de l'état d'affaiblissement cérébral qui s'est accentué ultérieurement et avec une grande rapidité. Elle a agi sous l'empire de sentiments maladifs et sous l'influence de la surex-

citation qui marque quelquefois le début de la démence. En conséquence, la femme B... ne saurait être tenue pour responsable de l'acte qui lui est reproché. Elle doit être placée dans un asile d'aliénés.

VIII. — *Contribution à l'étude médico-légale de l'épilepsie alcoolique*; par le D^r Marandon de Montyel, médecin en chef des asiles de la Seine (numéro de juillet). — La question de l'épilepsie alcoolique n'est pas encore complètement élucidée. M. Marandon de Montyel résume ainsi ses opinions sur ce syndrome : En thèse générale, l'alcool a une action épiléptogène. L'épilepsie de l'alcoolisme chronique dépend, soit de la localisation des lésions alcooliques, soit d'une prédisposition lentement fomentée par les abus mêmes de boisson. L'ivresse convulsive (c'est-à-dire l'épilepsie dans l'ivresse, en dehors de l'intoxication chronique) n'a pas non plus besoin d'antécédents névropathiques, elle est produite par les mauvaises boissons ingurgitées. Seule, enfin, l'épilepsie due à des doses modérées, non enivrantes, d'alcool, nécessite un terrain prédisposé. Ces considérations sont d'une grande importance en médecine légale. Suit un rapport médico-légal sur un individu dégénéré héréditaire que le moindre accès alcoolique rendait épiléptique pour un temps plus ou moins long. Pendant qu'il était dans une de ces phases épiléptiques avec inconscience, il commit un attentat à la morale publique. Il fut reconnu irresponsable.

IX. — *Etat mental des hystériques*; par le D^r Longbois (de Joigny) (numéro de juillet). — Il s'agit d'une communication faite à la *Société de médecine légale de France*. Deux jeunes filles, l'une, âgée de quatorze ans, raconte au parquet une histoire de crimes imaginaires; l'autre, âgée de dix-neuf ans, se teint le visage et simule une chromhydrose.

Ces deux sujets étaient, dit l'auteur, deux hystériques; pour l'une d'elles, au moins, le diagnostic est plus que certain.

X. — *De la mort subite dans la paralysie générale des aliénés*; par le D^r Ch. Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif (numéro d'août). — Ce travail a été lu également à la *Société de médecine légale de France*. La mort peut survenir dans le cours de la paralysie générale, en quelques heures, en quelques minutes même, par le fait d'une hémorragie cérébrale, d'une lésion du cœur, etc... Mais il arrive aussi que la vie disparaît brusquement, la mort est alors tout à fait subite, et sur le cadavre, il est impossible d'en découvrir la cause. A l'appui, deux observations, dont l'une se rapporte à un paraly-

tique qui passa, dans le public, pour avoir succombé aux suites de mauvais traitements infligés par les infirmiers.

XI. — *Epilepsie. — Tentative d'assassinat en dehors de l'état épileptique. Condamnation à trois ans de prison*; par le D^r L. Prioleau (de Brive) (numéro de septembre). — X..., épileptique depuis l'âge de quinze ans et âgé de quarante-trois ans, présente toutes les diverses manifestations de l'hystérie : attaques convulsives, absences, vertiges, périodes ambulatoires de plusieurs heures de durée, inconscience de tout ce qui se passe pendant les périodes épileptiques. En outre, il offre de nombreux signes de dégénérescence physique : asymétrie crânienne et faciale, prognathisme, etc. Il offre également de nombreux stigmates de dégénérescence psychique : instincts pervers, satyriasis, facultés affectives émoussées, pas de volonté, pas d'instruction. Ce personnage donna un jour des coups de faucille à une femme qui avait repoussé ses hommages la veille. Le médecin expert le déclara responsable, mais réclama pour lui des circonstances atténuantes.

L. CAMUSET.

JOURNAUX AMERICAINS

American Journal of insanity.

ANNÉE 1891.

I. — *De l'éducation physique comme moyen d'améliorer l'état mental*; par le D^r H.-D. Wey (numéro de janvier). — Il s'agit ici de l'amélioration moins des aliénés que de ces individus sans instruction morale ou intellectuelle qui peuplent les prisons. Le D^r Wey préconise, pour les modifier, pour les amender, l'emploi de trois moyens physiques : la gymnastique, qui donne de l'aisance aux mouvements et développe l'organisme; l'hydrothérapie à laquelle est adjoint le massage; une alimentation substantielle. Les deux premiers moyens, mis en œuvre d'une manière régulière, sous forme de leçons et d'exercices, sont de nature à agir favorablement en occupant l'esprit en même temps que le corps.

II. — *Des femmes médecins dans les asiles d'aliénés*; par le

D^r Edward N. Brush (numéro de janvier). — L'opinion a été émise que des femmes médecins seraient préférables aux hommes dans les asiles d'aliénés pour soigner les personnes de leur sexe. Les raisons qu'on en a données sont les suivantes ; 1° Il est plus moral de voir des femmes soignées plutôt par des femmes que par des hommes, qui doivent y avoir d'ailleurs moins d'aptitude ; 2° la folie chez la femme a souvent son origine dans une maladie des organes sexuels, et les malades s'accommoderont mieux d'être traitées par des femmes médecins ; 3° les femmes médecins trouveront ainsi, dans les fonctions qui leur seraient réservées dans les asiles d'aliénés, un nouveau champ d'occupation.

Le D^r Brush, passant condamnation sur ce dernier point, conteste les deux autres et établit : 1° qu'en réalité les maladies des organes génitaux n'interviennent que rarement comme cause de folie ; 2° que, d'après l'expérience générale, les hommes ont tout à fait qualité pour bien traiter les maladies des femmes, que celles-ci n'en sont nullement choquées, et que la morale n'en reçoit aucune atteinte.

III. — *Quelques notions élémentaires psycho-somatiques* ; par le D^r Henry Smith Williams (numéro de janvier). — Étude purement théorique sur la transmission des impressions et le fonctionnement intellectuel ; la donnée générale est que tout se réduit à des mouvements moléculaires. La coordination de ces mouvements se fait dans l'intelligence dont l'unité est telle que, si un seul de ses éléments est troublé, tous les autres le sont également.

IV. — *Sur l'anatomie pathologique de la pachyméningite interne hémorragique* ; par le D^r Joseph Wigglesworth (numéro de janvier). — Les lésions constitutives de cette maladie sont dues, non à l'inflammation des méninges, mais à la seule effusion du sang dans la cavité arachnoïdienne. Le sang ainsi épanché s'attache à la surface méningée ; la fibrine se coagule et adhère intimement aux parois de la cavité ; en coupant un foyer hémorragique, on voit nettement qu'il est formé d'un noyau central noirâtre, limité par une ligne blanchâtre formée de fibrine et de leucocytes.

V. — *Législation récente de l'État de New-York sur les aliénés* ; par le D^r Carlos F. Macdonald, président de la Commission de surveillance des aliénés de l'État (numéro de janvier). — En 1889 et 1890, la législature de l'État de New-York a promulgué un ensemble de lois destinées à modifier

profondément la situation des aliénés de cet État. Jusqu'alors, un grand nombre d'entre eux étaient placés dans des maisons de charité, où leur situation était déplorable; mal surveillés, mal nourris, mal traités, abandonnés à eux-mêmes, laissés souvent dans une malpropreté repoussante, privés de soins médicaux, ils menaient la pire des existences. Rien n'est plus navrant que la lecture des rapports faits par les commissions d'enquête instituées à leur sujet. On ne croirait pas que, si près de nous, à quatre ou cinq ans de distance, il eût été possible de constater de telles horreurs. En présence de cet état de choses, les pouvoirs publics ont établi une série de lois et règlements qui comportent les points suivants : extension et organisation des asiles de l'État ; création d'un conseil supérieur de surveillance (*State Commission in Lunacy*); transfèrement de tous les aliénés des maisons de charité dans les asiles de l'État ; changement de la dénomination des asiles qui devront être appelés hôpitaux, afin de bien préciser l'idée que les aliénés sont des malades ; emploi des femmes médecins dans les hôpitaux, à titre d'adjointes, pour le traitement des personnes de leur sexe.

L'extension à donner aux asiles actuellement existants est assez importante, puisqu'il s'agit d'hospitaliser environ deux mille aliénés de plus que les quinze mille qui le sont déjà.

Le conseil supérieur institué est composé de trois membres, un médecin, à qui revient la présidence, un homme de loi, un habitant de l'État, tous trois devant jouir d'une honorabilité reconnue et avoir, chacun dans leur sphère, une compétence notoire, le dernier devant être au courant des affaires.

Ils sont nommés pour six ans, par le gouverneur de l'État, après avis du Sénat.

Ils ont avec eux un personnel suffisant pour tenir leurs registres et former un secrétariat.

Ils sont chargés : de désigner les magistrats à qui incombera la mission de viser les certificats d'aliénation mentale ou d'ordonner un placement d'office; de désigner les médecins qui auront qualité pour examiner les individus atteints de folie; de réunir et de centraliser tous renseignements sur l'état civil ou médical des aliénés de l'État, et sur les phases de leur hospitalisation.

Ils ont droit absolu d'inspection sur tous les asiles, où ils doivent faire au moins deux visites par an.

C'est d'eux que relèvent les autorisations de soigner des aliénés en dehors des asiles publics, autorisations dont la dis-

pense n'existe que pour des aliénés gardés dans leur famille.

Pour le cas où ils apprendraient qu'un aliéné est mal soigné là où il est, ils ont droit de procéder à une enquête, et, s'ils le jugent utile, de faire conduire cet aliéné dans un asile de l'État, après cependant s'y être fait autoriser par la Cour suprême, et avoir déposé entre les mains de l'attorney général le rapport sur leur enquête.

Ils ont encore dans leurs attributions de recevoir les réclamations des aliénés internés, de décider sur les objets de leur correspondance.

Enfin, et en laissant de côté quelques autres particularités qui les concernent, ils doivent chaque année faire un rapport d'ensemble sur leur service.

La Commission est entrée en fonctions presque aussitôt après le vote de la loi et a déjà pourvu en grande partie à l'organisation de tout ce qui concerne le régime et la surveillance des aliénés. Elle a promulgué des règlements relatifs au transfert des aliénés, aux prix de pension que les Comtés doivent fournir pour les indigents, aux sorties à titre d'essai.

Elle a décidé de restreindre autant que possible l'admission, dans les asiles publics, d'aliénés autres que les indigents.

Comme on le voit, son rôle est très important, ses moyens d'action considérables, et elle a en main toute l'autorité suffisante pour sauvegarder tant au point de vue des aliénés eux-mêmes et de la liberté individuelle que de l'ordre public, tous les intérêts des malades.

Les autres points de la législation adoptée indiquent une étude approfondie et une entente très judicieuse des questions relatives à l'hospitalisation et à l'assistance des aliénés.

VI. — *Deux cas de lésions traumatiques du cerveau*; par les D^{rs} Richard Dewcz et B. L. Riese (numéro de janvier). — L'un de ces cas concerne un individu qui, en courant, s'était heurté à une pièce de bois et s'était introduit dans le crâne un clou qui y était resté. Peu de temps après se déclara une méningite à laquelle l'individu succomba. A l'autopsie on reconnut que le clou avait traversé le cerveau de part en part, en arrière de la scissure médiane.

Dans l'autre cas, le boucher d'un asile d'aliénés qui se faisait aider par un malade fut inopinément assailli par lui et reçut à la tête un coup de couperet qui lui fendit le crâne, à un doigt environ en avant de la protubérance occipitale. La blessure crânienne avait environ deux doigts sur trois. On en-

leva les esquilles; on fit un pansement approprié, et l'individu guérit en quelques semaines.

VII. — *De la transmission des variations acquises*; par le D^r A. B. Richardson (numéro de janvier). — Étude sur les lois de l'évolution. L'auteur estime que l'hérédité profite des modifications bonnes ou mauvaises, survenues chez les ascendants; que si l'on parvient à améliorer ou à guérir un aliéné, cet état de guérison peut être favorable aux individus ultérieurement procréés.

VIII. — *Crime et responsabilité*; par le D^r Daniel Clark (numéro d'avril). — L'auteur paraît disposé à entrer dans les vues de Lombroso, en ce qui concerne les criminels proprement dits et leur responsabilité. Il s'appuie sur cette considération, qui est vraie, si on ne l'envisage pas d'une manière absolue, que nous sommes tous plus ou moins dominés par nos dispositions physiques et par les circonstances. Il constate que certains aliénés sont capables d'avoir de la volonté, de se laisser influencer par la crainte, par le désir de contenir leurs entraînements et de cacher leur délire; il en conclut qu'un même individu peut être à la fois responsable et aliéné; mais il ne justifie pas cette opinion et de fait il ne pourrait la justifier qu'en se plaçant à un faux point de vue.

IX. — *La zone motrice de l'écorce cérébrale*; par le D^r Edward B. Lane (numéro d'avril). — Étude purement critique, sans rien d'original. Le D^r Lane constate que la zone dite motrice, présente aussi un élément sensoriel. Il analyse un mémoire de Tamburini sur les hallucinations psycho-motrices, qui sont en rapport avec les propriétés sensorielles et motrices de la zone en question. Il ne parle pas des travaux de Cotard, que sans doute il ne connaissait pas.

X. — *Tumeur intra-cranienne sans symptômes*; par le D^r C. B. Burr (numéro d'avril). — Une aliénée de l'asile de Pontiac, démente, sujette à des accès d'agitation, mais susceptible encore de connaître les personnes, de dire quelques mots raisonnables, était depuis quatre ou cinq ans dans l'asile, lorsqu'on lui vit poindre au front une tumeur carcinomateuse, qui grossit rapidement, que l'on opéra une fois, et qui, ayant récidivé, déterminait la mort. A l'autopsie, on reconnut que cette tumeur avait procédé du dedans au dehors, avait usé et perforé les os du crâne, et que les circonvolutions frontales droites, considérablement atrophiées, étaient en partie envahies par le carcinome.

XI. — *Tableau indicateur pour les recherches nécroscop-*

piques; par le D^r James C. Hoaden (numéro d'avril). — L'auteur y a réuni, aussi complètement que possible, toutes les indications que, dans une autopsie, on peut demander à chacun des différents organes.

XII. — *Folie chez des jumeaux*; par le D^r William W. Worcester (numéro d'avril). — Histoire succincte de deux frères jumeaux, admis à l'asile de Little-Rock, l'un en 1869, l'autre en 1881, morts tous deux de phtisie, au bout de peu de mois, tous deux faibles d'esprit, issus d'une mère également débile, et d'un père bien constitué au moral et au physique. L'un d'eux fut atteint de mélancolie agitée; il était impulsif et destructeur; l'autre était plutôt dément simple.

XIII. — *Importance d'un système d'étude et de recherches commun aux médecins d'asiles d'aliénés*; par le D^r William P. Spratling (numéro d'avril). — L'auteur voudrait, en s'appuyant sur de bonnes raisons, voir se former, entre les médecins d'asiles d'aliénés, une sorte d'association qui aurait pour but d'uniformiser les recherches scientifiques, et d'amener un plus fréquent échange de vues. Tout le monde y gagnerait, dit-il, parce que les études pourraient, d'une année à l'autre, être dirigées sur tel ou tel sujet qui aurait été proposé aux membres de l'Association.

XIV. — *État présent de la psychiatrie*; par le D^r Henry P. Stearns (numéro de juillet). — Discours prononcé devant la réunion annuelle des aliénistes américains. L'auteur y constate que, dans les derniers temps, la psychiatrie n'a pas fait des progrès comparables à ceux des autres branches de la médecine. Il reconnaît que pour ce qui est de l'hospitalisation et de l'assistance des aliénés, ces progrès sont sensibles; mais pour le reste, étude scientifique des maladies mentales, traitement médical des aliénés, on est demeuré dans une situation déjà ancienne. Cela tient peut-être à ce que la grande majorité des médecins se désintéressent trop des questions de psychiatrie, et que, dans le courant de leurs études, les élèves en médecine n'ont que peu de facilités d'aborder cette branche des sciences médicales.

XV. — *Quelques particularités de la paralysie générale*; par le D^r Charles F. Folstom (numéro de juillet). — Étude critique sur la nature, la marche et le traitement de la paralysie générale: les difficultés du diagnostic y sont spécialement indiquées, notamment pour la période prodromique. Le D^r Folstom est d'avis que cette période est toujours longue

et également obscure. Il regarde, avec Meynert, cette maladie comme une sclérose corticale d'origine vaso-motrice, qui, précisément par cette origine, serait curable à son début, mais ensuite serait essentiellement incurable.

XVI. — *Hystérie traumatique due à un accident de chemin de fer*; par le D^r J. B. Andrews (numéro de juillet). — Un garde-frein de chemin de fer, âgé de trente-trois ans, tombe de son poste sur la voie, se frappe violemment la tête dans sa chute et est traîné pendant un certain espace. Il perd connaissance, et quand il revient à lui, il est pris d'excitation maniaque légère; en même temps, il se trouve paralysé du côté droit. L'excitation maniaque augmente et nécessite l'internement. Elle atteint à un haut degré de violence, s'accompagnant d'hallucinations de la vue. Au bout de quelques semaines, le malade, amélioré, rentre chez lui. Six mois plus tard, on est obligé de le réinternier. Dans l'intervalle il avait eu plusieurs accès convulsifs avec perte de connaissance. On constate alors qu'il avait de l'anesthésie de presque tout le côté droit; on le soumit à l'hypnotisme; on pratiqua sur lui le phénomène du transfert, et peu à peu il vit disparaître l'anesthésie. Eu même temps il avait eu de l'hyperesthésie localisée, et présentait des zones analogues aux zones hystérogènes. Ainsi il avait une attaque convulsive chaque fois que l'on pressait au niveau du nerf sus-orbital. Ce phénomène disparut comme le reste, et au bout de quelques mois la guérison parut complète.

XVII. — *Un nouveau progrès dans l'État de Massachusetts*; par le D^r A. R. Moulton (numéro de juillet). — Les asiles de Massachusetts sont bondés de malades, et il y a en outre beaucoup d'aliénés dans les maisons de charité. L'État a décidé de construire un vaste asile, pour mille pensionnaires, où ne seraient reçus que les chroniques et les incurables, et qui serait établi d'après le système des cottages, ceux-ci étant disposés autour de bâtiments centraux qui recevraient les services généraux.

XVIII. — *La nouvelle loi de l'État de New-York sur l'assistance des aliénés*; par M. Oscar Craig, président du conseil supérieur d'assistance publique de l'État de New-York (numéro d'octobre). — M. Craig rappelle les vicissitudes et les longs délais par lesquels ont passé la préparation et le vote de cette loi. Il insiste particulièrement sur les avantages que présentent les grands asiles par rapport aux petits: meilleure répartition des aliénés, moindre dépense individuelle; organi-

sation plus parfaite des moyens de traitement et d'installation ; surveillance plus facile et plus parfaite des aliénés et de tout ce qui les concerne ; répartition plus rationnelle des diverses catégories ; meilleur emploi du travail que les tranquilles sont susceptibles de produire et encore d'autres avantages.

XIX. — *Cas de léthargie* ; par le D^r C. D. Clarke (numéro d'octobre). — Histoire curieuse d'une femme qui dormit presque la moitié de sa vie. Elle était fille d'aliénés ; son père avait été atteint de mélancolie et sa mère avait plusieurs fois « perdu la raison ». Dans son enfance elle était bizarre et se plaignait de migraines. Mariée vers dix-huit ans, elle eut plusieurs enfants. Vers l'âge de vingt-quatre ans, elle commença à devenir plus étrange. A vingt-huit ans, elle eut des accidents mal déterminés à la suite desquels elle resta complètement paralysée du côté gauche. A trente-quatre ans environ, elle eut des accidents convulsifs qui durèrent plusieurs jours. Six ans plus tard, elle en eut de nouveau, et cette fois elle resta malade deux ans, pendant lesquels elle fut sujette à des accès de stupeur profonde. Même chose se reproduisit un peu plus tard. Vers l'âge de quarante-deux ans, elle eut une première attaque de léthargie qui dura environ sept ans, presque sans interruption. Un jour on lui annonça la mort d'un ami, et cette nouvelle la tira de sa torpeur. Pendant un laps de temps égal au temps de léthargie, elle alla assez bien et se remit à ses affaires et au soin de sa maison.

Mais elle avait la mémoire affaiblie, et ne se souvenait pas d'avoir été longtemps en état de sommeil. Les treize dernières années de sa vie se passèrent dans un état analogue, où le sommeil était presque constant, plus ou moins profond. La malade ne sortait de sa torpeur que pour manger, et se rendormait aussitôt après avoir fini. A plusieurs reprises elle eut des périodes de jeûne qui durèrent jusqu'à quinze jours. Elle satisfaisait machinalement aux besoins naturels quand on glissait un vase sous elle, et cependant elle n'était point gâteuse. Pendant le jour, ses yeux s'entr'ouvraient quelquefois à demi. Mais elle paraissait inconsciente et ne disait jamais un mot.

C'est dans les derniers mois de sa vie que le D^r Clarke eut occasion de l'observer. Il examina aussi complètement que possible tout l'organisme.

La jambe du côté droit était un peu rigide, tandis que la gauche ne l'était pas ; c'était l'inverse pour les bras : Diminution des réflexes. Sensibilité cutanée presque nulle ; quand on

chatouillait la plante des pieds, la respiration semblait s'accélérer un peu.

Son pouls était en général vers 110; elle avait une moyenne de 16 à 20 respirations. La température était normale.

Elle restait sur son lit dans la position où on la mettait; comme elle ne demandait jamais la nourriture, elle eût pu mourir d'inanition, si on n'y avait pris garde. Ce qu'elle mangeait le plus volontiers, c'était du bœuf et des pommes de terre. Elle urinait fort peu, et n'allait du ventre que tous les trois jours à peu près.

Elle mourut après plusieurs jours de diarrhée abondante.

L'autopsie ne fit découvrir de lésions appréciables dans aucun organe. Le cerveau pesait un peu plus de 1 kilogramme; il paraissait entièrement sain; les circonvolutions étaient bien marquées et les sillons de bonne profondeur. On ne fit pas l'examen microscopique.

XX. — *De l'abus des hypnotiques*; par le Dr John B. Chapin (numéro d'octobre). — Un des phénomènes les plus pénibles et les plus nuisibles dans certains cas de maladie mentale est l'insomnie; on peut être tenté de lutter contre ce phénomène par tous les moyens possibles. Le Dr Chapin appelle l'attention sur les inconvénients ou les dangers qu'il peut y avoir à aller trop loin dans cette voie. Il cite huit cas de diverses maladies, où dominent principalement la mélancolie et les états hallucinatoires, et dans lesquels les malades, au lieu de s'améliorer par l'emploi des hypnotiques, semblaient s'exalter de plus en plus. Les médicaments employés pour eux étaient des plus variés, opium, chloral, bromures, paralaldéhyde, hyoscine et autres. Le Dr Chapin en fit diminuer les doses et quelques améliorations purent être obtenues.

XXI. — *Mélancolie guérie à la suite d'une pleurésie*; par le Dr J.-M. Mosher (numéro d'octobre). — Un employé de chemin de fer était admis, le 11 octobre 1889, à l'asile de Willard, atteint de mélancolie aiguë. Le début de sa maladie remontait à environ sept ans, et les choses s'étaient aggravées peu à peu jusqu'au jour où survinrent des tentatives de suicide, qui nécessitèrent l'internement. Au moment de son admission il était en état de stupeur incomplète, il répondait quelquefois, et retombait presque aussitôt dans une profonde torpeur. Il était défiant, évitait toute compagnie, paraissait anxieux et tourmenté par des hallucinations. De temps à autre il avait un peu de surexcitation.

Jusqu'au mois d'avril son état paraît s'aggraver. A ce moment, il se plaignit d'un point de côté à gauche et on ne tarda pas à constater qu'il était atteint de pleurésie. La fièvre devint assez intense et l'épanchement pleurétique abondant. La situation était telle qu'on crut devoir recourir à la thoracentèse. Celle-ci amena aussitôt du soulagement. La fièvre disparut; le sommeil revint, et, chose remarquable, à partir de ce moment l'état mental s'améliora d'une manière sensible. En octobre 1890, l'individu était considéré comme guéri, et depuis lors, il est resté dans un état général satisfaisant.

D^r VICTOR PARANT.

BIBLIOGRAPHIE

Ricerche peroptometriche sui degenerati. (Recherches périoptométriques sur les dégénérés); par Sante de Sanctis, de la clinique psychiatrique de Rome. Torino, 1893.

Ces recherches, commencées avant celles d'Ottolenghi, furent inspirées à l'auteur par Charcot et par Lombroso. Charcot, en particulier, avait avancé, dans une de ses *leçons du mardi*, qu'on devait observer souvent, chez les individus des refuges, des asiles de nuit et des prisons, quelques-unes de ces altérations périmétriques du champ visuel considérées comme un des stigmates caractéristiques de l'hystérie.

Par dégénérés, l'auteur entend non seulement les individus qui présentent des caractères de dégénérescence, mais tous les débiles, insuffisants, déséquilibrés, etc. Par normaux il entend, non des soldats ou des gens pris au hasard dans le peuple, mais des individus dont il prétend connaître le caractère équilibré, l'esprit moyen, ni trop ni trop peu élevé, l'honnêteté indiscutable et l'absolue santé du système nerveux. Cette définition de l'homme normal valait d'être citée, les définitions de ce genre sont si rares et elles comportent, on le voit, tant d'illusions!

Relativement à la méthode suivie dans les examens périmétriques, l'auteur a noté avec toute raison, selon nous, que, à certains égards, le périmètre pourrait être un bon chronomètre du temps physiologique de réaction.

Les recherches ont porté sur 44 criminels, dont 8 épileptiques, 28 prostituées, 15 épileptiques, 6 hystériques et 7 neurasthéniques.

Quoi qu'il n'ait pas rencontré chez des *criminels*, des *prostituées* et des *épileptiques*, des altérations du champ visuel aussi graves, ni aussi caractéristiques que d'autres auteurs, il n'en résulte pas moins avec évidence que, d'une manière générale, le champ visuel des dégénérés n'est rien moins que physiologique. En outre, Sante de Sanctis a rencontré assez souvent chez ces trois espèces de dégénérés, des *asymétries*, constatables

au périmètre, consistant en altérations périoptométriques diverses dans les deux yeux, en altérations monoculaires et dans la prédominance des altérations dans un œil. L'asymétrie, soit dans le plan d'organisation, soit dans le fonctionnement des organes chez les épileptiques, a frappé tous les cliniciens. Chez les *neurasthéniques*, loin d'être presque toujours concentrique comme chez les épileptiques après les attaques, le rétrécissement présente les formes les plus variables. Enfin, chez les *hystériques*, l'étendue et la forme du champ visuel varient avec les divers états du système nerveux et offrent la même mobilité que les anesthésies et les paralysies dans cette névrose. Le caractère de permanence du rétrécissement concentrique du champ visuel, considéré comme un stigmate de l'hystérie dans l'École de la Salpêtrière, n'est même que relatif, car l'étendue du champ visuel augmente quand les accès diminuent ou cessent.

Chez les normaux, d'ailleurs, la forme et l'étendue du champ visuel varient également avec les différents états de l'émotivité, peine, plaisir, etc.

Mais un problème se pose. Pourquoi, chez les dégénérés qui ne présentent point d'attaques convulsives, ainsi que chez les épileptiques eux-mêmes, qui ne sont pas sous l'empire de leur mal, pourquoi le champ visuel varie-t-il de forme et d'étendue sans cause appréciable, objective? L'auteur suppose, à titre de pure hypothèse, que, chez les dégénérés, ces variations de la sensibilité rétinienne sont en rapport avec certains épisodes invisibles qui se passeraient dans le cerveau de ces malades.

Peut-on croire, demande-t-il, que le criminel, l'homme de génie, la prostituée, jouissent d'un équilibre d'esprit régulier, d'un état de paix cérébrale? Or ces crises, qu'il nomme psychologiques, peuvent retentir, comme une émotion quelconque chez les normaux, sur la sensibilité de la rétine. Les dégénérés sont-ils, ainsi qu'on le répète, peu impressionnables? Le contraire est vrai. Aussi les Français ont-ils donné le nom d'émotifs aux dégénérés. L'émotivité est le propre des héréditaires (Féré). Et cette émotivité morbide a ses racines dans un vice de nutrition du système nerveux. Quant à l'émotivité normale, physiologique, elle ne saurait naître ni se développer dans ces cerveaux débiles. Chez la femme même, l'irritabilité plus grande du système nerveux s'oppose à la délicatesse exquise de certaines émotions de notre sensibilité morale. Les femmes hystériques, les plus émotives des créatures, au sens pathologique, éprouvent moins d'émotions vraies, susceptibles de durée et de

profondeur, que les femmes normales. C'est qu'une émotion morale, au sens physiologique, est un état de conscience très complexe (W. James) : or les cerveaux des dégénérés sont précisément incapables d'opérations aussi étendues ; leurs émotions sont vives, mais simples et rudimentaires. Ce seraient donc ces *crises psychiques*, à base émotionnelle, qui, retentissant sur la sensibilité rétinienne, détermineraient les variations du champ visuel chez les dégénérés exempts d'accès convulsifs visibles.

JULES SOURY.

Mutismo accessuale in donna alienata da stato allucinatorio del centro verbale psico-motore. Nota clinica (Accès de mutisme chez une aliénée par état hallucinatoire du centre verbal psycho-moteur) ; par le D^r Arnaldo Pieraccini. Reggio 1893. (Extr. della *Riv. sper. di fren.*, 1893.)

Nouvelle variété de mutisme, survenant par accès, et éclairant d'un jour très vif l'étude des hallucinations verbales motrices. Teresa A..., soixante-deux ans, religieuse professe, enfermée, depuis 1889, dans le manicomio de Macerata, pour délire chronique de persécution. Sœur aliénée. Les premiers symptômes de la maladie mentale ont paru à cinquante-neuf ans (octobre 1889) : le diable était entré dans le monastère ; elle le voyait, entendait ses aboiements ; les ennemis de son Dieu la persécutaient, elle et sa sœur, la menaçaient dans sa vie et dans ses biens, etc. Sous l'influence d'hallucinations terrifiantes de l'ouïe, elle tente un jour de se précipiter par la fenêtre ; invectives et violences contre les autres religieuses. A l'asile, le délire s'organise, et la malade l'expose en fort bons termes, d'une logique correcte.

Hallucinations de l'ouïe et hallucinations cénesthétiques (elle est morte, et ne peut plus mourir ; tout son mal vient d'avoir mis sur elle du linge lavé avec celui d'une sorcière ; sa peau est toute couverte de cendre, etc.). Persistance des sentiments affectifs (parents, religieuses de son ordre). Motilité intacte. Sensibilité générale et spéciale normale, si ce n'est une légère diminution de l'acuité visuelle. Fonctions de la vie végétative régulières, sauf quelques troubles de sécrétion (salivation) et d'innervation vaso-motrice (rougeurs transitoires de la face).

A l'asile, de nouvelles idées de persécution se sont greffées sur les anciennes.

Depuis un an, accès de mutisme, durant de quelques heures à un ou plusieurs jours, et survenant, en moyenne, une fois tous les trente ou quarante jours. Rien, dans ces attaques, qui puisse faire supposer le moindre changement dans l'état mental de la malade. L'accès passé, si on lui demande pourquoi elle ne parlait plus, elle répond qu'elle sentait fuir les paroles de sa bouche avant de les pouvoir prononcer distinctement, et que c'est la raison pour laquelle les mots sortaient sans bruit. Durant ces accès, elle a toujours refusé de se faire comprendre au moyen de l'écriture. L'appareil de la phonation semble rester intact, car la malade peut encore émettre des sons inarticulés, de son ton de voix ordinaire.

Les travaux de Ségla et de Tamburini permettent d'expliquer la pathogénie de ce désordre spécial. Il s'agit d'un état hallucinatoire du centre moteur de la parole articulée. Sous l'influence d'une hyperexcitabilité de ce centre cortical, se produisant par accès, l'hallucinée perçoit sa parole, non sous la forme ordinaire d'images auditives verbales, mais sous celle d'images verbales motrices. L'image verbale motrice, qui tend à s'extérioriser, est bien perçue par la malade comme sensation d'innervation musculaire, absolument comme si les mots étaient réellement prononcés, et c'est pourquoi elle sent, dit-elle, la parole s'échapper de ses lèvres.

Deux circonstances viennent à l'appui de cette interprétation : 1° chaque fois que la malade essaye de répondre, dans ces attaques de mutisme, un léger tremblement s'observe sur ses lèvres, expression rudimentaire, mais évidente, d'extériorisation motrice des images verbales du centre considéré ; 2° dans les périodes qui séparent les accès, et durant ces accès, il existe des mouvements habituels de déplacement bilatéral des mâchoires et de la langue, rappelant la rumination, symptôme manifeste d'un état d'irritation de cette partie de l'écorce affectée à l'innervation des muscles qui concourent à la production de la parole articulée.

L'auteur ajoute que cette malade peut être aussi une « motrice verbale », se servant en parlant d'images verbales motrices beaucoup plus que d'images verbales auditives. En tout cas, les hallucinations du centre verbal moteur (pourquoi dire encore : *psycho*-moteur, en mémoire de psyché?) sont bien ici la cause directe et primitive de ce mutisme paroxystique.

JULES SOURY.

1. — *Otschet o prisrenii i polsovanii doushevnobolnich v Rosii za 1890 god.* (Rapport sur l'assistance et le traitement des aliénés de l'empire russe pendant l'année 1890); par le D^r Ignatieff, médecin de l'asile fondé par l'empereur Alexandre III. Saint-Petersbourg, 1893.

II. — *Otschet o sostoiianii Kolonii dousheвно-bolnich v sele Bouracheve s 1g^o Noiabria 1891 goda po 1^{oe} Noiabria goda god vosmoi* (Rapport sur l'état de la colonie des aliénés dans le bourg Bourachevo, depuis le 1^{er} décembre 1891 jusqu'au 1^{er} novembre 1892. Année huitième); par le D^r Litvinoff. Tver 1893.

I. — L'assistance des aliénés en Russie laisse encore beaucoup à désirer; ce n'est pas que les malades y soient mal soignés, mais les asiles manquent. Pour une population de 100 millions d'habitants, il faut, d'après le calcul approximatif de l'auteur, compter 250,000 aliénés ou 2.5 pour 1,000 habitants; or, la Russie ne possède que 97 établissements avec 11,770 lits et le nombre de malades traités a été en 1890 de 26,390. Le nombre de décès a été de 2,560 ou 10 p. 100 environ. Les hommes ont donné 10.3 p. 100, les femmes 9.1 p. 100.

Parmi les différentes causes des maladies mentales, on a relevé l'hérédité dans 37 p. 100 de cas; parmi les autres vient en premier lieu l'alcoolisme, la syphilis, etc.

La période d'âge qui a donné le maximum de malades est entre trente et quarante ans. Quant à l'instruction des malades, on trouve que le nombre d'illettrés a été de 33 p. 100 chez les hommes et de 60 p. 100 chez les femmes.

Les tentatives de suicide ont été au nombre de 0.27 p. 100, les évasions 2.4 p. 100.

En Russie, on use peu de moyens de contention: dans plusieurs asiles il n'en existe pas; dans d'autres on constate 2 à 5 applications de la camisole pendant l'année.

La question du personnel est aussi brûlante en Russie qu'ailleurs: dans un groupe d'asiles, pour choisir 313 gardiens, on a été obligé d'en accepter 913 pendant l'année.

Le personnel médical est plus nombreux que chez nous, il y a environ 1 médecin pour 100 à 150 malades et on trouve à juste titre ce nombre insuffisant.

Tous les aliénistes seront de l'avis du D^r Bartelink, cité par

l'auteur. Il trouve que le temps est passé où l'on considérait les aliénés en bloc, comme un troupeau à conduire et à droguer. Depuis qu'on sait que chaque aliéné a sa vie psychique propre, ses goûts, qu'il conserve toujours au moins une parcelle de ce feu sacré qui le distingue des êtres inorganiques, on doit individualiser le traitement, s'occuper de chaque malade en particulier. Que dirait M. Bartelink s'il savait qu'en France on a souvent un médecin pour 300 et quelquefois pour 600 malades.

II. — La colonie de Bouroschevo (asile et ferme) a été organisée par le D^r Litvinoff en 1883, et passe à juste titre pour un modèle du genre. Elle possède 500 malades avec 5 médecins : le D^r Litvinoff, médecin-directeur et 4 médecins-adjoints. Il n'y a pas moins de 96 infirmiers et infirmières, le personnel médical inférieur : 11 surveillants et surveillantes diplômés (felschers) et les chefs d'atelier. On comprend qu'avec un personnel aussi nombreux, les malades peuvent jouir d'une très grande liberté. C'est presque le no-restreint complet. On cherche, par tous les moyens possibles, de faire sortir les malades de la torpeur où les plonge la vie monotone des asiles. Les deux grands moyens sont les distractions et le travail. C'est le D^r Biaschkoff qui est plus spécialement chargé d'organiser le travail et les distractions, c'est lui qui en rend compte dans le rapport. En été, les malades font des promenades qui ont été au nombre de 47 pendant l'année. 200 malades prennent part à ces promenades dans les environs plus ou moins éloignés de l'asile. En hiver, on organise des soirées littéraires (16 pendant l'année), on fait lire à haute voix des récits historiques, des nouvelles, etc. Il faut ajouter plusieurs spectacles, des concerts, des projections à l'aide de la lanterne magique dont les sujets sont interprétés par les malades.

Les différents travaux exécutés à l'asile se divisent en travaux agricoles et travaux d'ateliers. On trouve en tout 57,399 journées de travail, ce qui fait 32 p. 100 du nombre total de journées de malades. En réalité, la proportion est plus élevée si on ne compte pas les jours de fêtes et dimanches. On nous a raconté que les ateliers des malades, organisés par le D^r Biaschkoff, sont avantageusement connus de la population environnante, et on vient souvent y faire des commandes.

Le budget de l'asile est de 104,545 roubles ou 270,000 fr. environ, ce qui porte la dépense à 1 fr. 50 environ par jour et

par malade, et avec cette somme relativement modique, les malades ont un entretien exemplaire sous tous les rapports.

D^r LWOFF.

Des mouvements involontaires au repos chez les tabétiques. — Ataxis du tonus; par M. le D^r Grasset. — Leçons recueillies et publiées par M. Sacaze, chef de clinique. — Montpellier, 1892. Boehm, éditeur.

L'histoire de l'ataxie locomotrice s'enrichit toujours d'acquisitions nouvelles. Aujourd'hui, M. le D^r Grasset étudie et analyse un symptôme mal connu encore, et qu'il faut ajouter à la symptomatologie du tabes. Ce symptôme n'est pas nouveau, il a été signalé déjà par plusieurs auteurs. Trousseau, dans ses *Cliniques*, donne la description assez détaillée d'un phénomène morbide qui a beaucoup d'analogie avec lui. Mais jusqu'à présent il n'avait pas encore été analysé, au point de vue surtout de sa pathogénie, comme il vient de l'être par M. Grasset.

Ce symptôme consiste en des mouvements involontaires qui surviennent chez les tabétiques et qui semblent ne se rapporter ni aux convulsions, ni aux tremblements, ni aux mouvements ataxiques vulgaires. M. Grasset les rattache à l'ataxie du tonus musculaire.

On sait combien le savant clinicien de Montpellier excelle à synthétiser clairement les données cliniques, qui paraissent de prime abord d'une complexité embarrassante dans leur ensemble, et qui, ainsi exposées par lui, deviennent de suite nettes et faciles à saisir. Comme il applique ici, à la démonstration de sa thèse, son heureuse méthode d'exposition, le lecteur se rend vite à son opinion.

Il commence par bien différencier l'ataxie de la chorée. L'ataxie, dit-il, est essentiellement caractérisée par des mouvements anormaux qui se produisent exclusivement en même temps que les mouvements volontaires; et la chorée, au contraire, est caractérisée par des mouvements anormaux se produisant au repos. Il établit ensuite, et c'est là sa thèse, que dans le cours du tabes, à côté des mouvements ataxiques classiques, il existe parfois des mouvements anormaux ayant lieu au repos, et qui par conséquent sont de nature choréiforme.

Deux observations, dont l'une est de M. Sacaze, sont, à

l'appui de cette donnée, longuement développées et discutées.

Dans la première, il s'agit d'une femme ataxique qui, à partir d'un certain moment de son affection, présente, outre les mouvements ataxiques vulgaires, et seulement pendant le repos, des mouvements involontaires, spontanés des jambes et surtout des pieds, les mouvements sont lents, sans secousse et peu étendus. Ce sont des mouvements athétosiques.

Dans la seconde, il s'agit d'un homme ataxique avancé qui, lui aussi, présente, pendant le repos et sans cause connue, des mouvements spontanés, involontaires, des membres inférieurs. Ils sont analogues à ceux qu'on observe sur la femme de la première observation, mais ils sont plus intenses qu'eux. Ainsi, ils ont une grande amplitude, une certaine force, au point que parfois ils causent des ennuis au malade.

Étudiant ensuite la pathogénie de ces mouvements spontanés, M. Grasset démontre qu'ils ne sont pas, comme on l'a avancé, le signe de la propagation de la sclérose aux cordons latéraux; qu'ils n'appartiennent pas non plus à la classe des *mouvements associés*, comme certains l'ont dit; qu'ils ne sont pas non plus des réflexes à point de départ sensitif, opinion soutenue par certains autres. Il conclut, en conséquence, qu'ils sont dus à l'ataxie du tonus musculaire. Et, comme je l'ai dit, sa démonstration entraîne de suite la conviction.

CAMUSET.

Ueber Seelenstörungen bei Chorea (Sur les troubles mentaux dans la chorée); par le D^r P. J. Möbius. Broch. in-8. Extrait du *Münchener Med. Wochenschrift*, n^o 51 et 52, 1892.

M. Möbius adopte l'idée que la chorée de Sydenham est une maladie infectieuse. Il s'appuie sur les raisons suivantes: les enfants sans aucune espèce de tare nerveuse, personnelle ou héréditaire, peuvent devenir choréiques; la marche de la maladie est celle d'une infection; on peut mourir de chorée; enfin, argument capital, on rencontre bien fréquemment, en même temps que la soi-disant névrose, l'endocardite, l'arthrite et même la néphrite. Dans les cas graves de chorée, l'endocardite est la règle.

À l'appui de cette manière de voir, il rapporte l'observation d'un cas de chorée chez un jeune homme de dix-sept ans, sans antécédents nerveux d'aucune sorte. Le trouble mental consécutif revêtit la forme de confusion mentale.

Möbius, passant en revue la littérature sur le sujet, montre que dans la grande majorité des cas les auteurs, sans faire le diagnostic de « Verwirrtheit », ont noté l'existence de la confusion et d'hallucinations de tous les sens. La folie directement liée à la chorée est donc la forme ordinairement liée aux maladies infectieuses; mais, dans certains cas, la chorée peut servir seulement d'agent provocateur chez des « dégénérés ». L'auteur termine son intéressant mémoire par les conclusions suivantes, que nous reproduisons textuellement :

1° La chorée de Sydenham est une maladie due à l'infection ;

2° La psychose choréique, peu fréquente d'ailleurs, consiste, comme tous les délires toxiques, en un état de rêve caractérisé par la confusion mentale, la tendance aux troubles sensoriels multiples, les idées délirantes et l'excitation ;

3° La chorée peut servir de cause occasionnelle pour provoquer le développement des différentes formes de la folie des « dégénérés » et, d'autre part, particulièrement chez de jeunes dégénérés, on voit se manifester des états hystériques et maniaques auxquels appartiennent des mouvements choréiformes.

PH. CHASLIN.

La tetania gastrica. Caso di tetania da acetonemia nella gastroectasia (La tétanie gastrique. Un cas de tétanie par acétonémie dans la dilatation de l'estomac) ; par le D^r Ernesto Biscaldi. Broch. in-8. Extrait de la *Rivista clinica. Archivio italiano di clinica medica*, 1892, anno XXX.

La tétanie a été récemment étudiée de nouveau par les Allemands. M. Von Frankl-Hochwart a publié une bonne monographie, dont M. Biscaldi rappelle les points principaux. Les symptômes cardinaux de la tétanie sont : 1° les crampes ; 2° le phénomène de Trousseau (rappel des crampes par la compression ou l'excitation d'un point du corps) ; 3° le phénomène de Erb (augmentation de l'excitabilité électrique des nerfs moteurs, sous l'influence du courant galvanique), et le premier phénomène de Hoffmann (augmentation de la réaction sensitive) ; 4° le phénomène de Chvostek-Schultze (excitabilité mécanique des nerfs moteurs, particulièrement du facial) et le deuxième phénomène de Hoffmann, c'est-à-dire l'augmentation de l'excitabilité mécanique des nerfs sensibles.

Il faut ajouter à ces symptômes principaux d'autres moins importants et d'ailleurs plus rares : les centres nerveux peuvent

manifestes des troubles (troubles psychiques, céphalée, vertiges). Dans les organes des sens, on peut rencontrer le strabisme, la diplopie, la réaction faible ou absente de la pupille, la névrite optique, les murmures ou les sifflements subjectifs avec hyperesthésie galvanique du nerf acoustique. La température peut être subnormale ou légèrement fébrile; le pouls et la respiration peuvent être augmentés de fréquence; il peut y avoir de la strangurie, de la polyurie, de l'albuminurie; enfin, on peut trouver des anomalies trophiques et sécrétoires, tandis que les réflexes peuvent être normaux, augmentés ou diminués.

L'auteur reproduit la classification étiologique de Frankl-Hochwart, nous la donnons ici :

1° Tétanie chez les individus sains ;

Tétanie épidémique ;

2° Tétanies par affections gastriques et intestinales chez les enfants (diarrhée, dyspepsie, helminthes, constipation) ; chez les adultes (diarrhée, dyspepsie, helminthes, constipation, péri-typhlite, péritonite, gastro-ectasie) ;

3° Tétanie dans les maladies infectieuses, l'intestin affecté gravement (choléra, typhus) ou peu atteint (rougeole, scarlatine, variole, rhumatisme articulaire, malaria, angine, influenza) ;

4° Tétanie toxique (ergotine, alcool, chloroforme, urémie) ;

5° Tétanie des femmes enceintes, accouchées ou en lactation ;

6° Tétanie par extirpation de la glande thyroïde.

La tétanie par dilatation de l'estomac est très rare (dix-sept cas). L'auteur en rapporte un nouveau suivi de guérison due au traitement de la dilatation.

Je ne puis donner tout au long les détails intéressants, ni la discussion à laquelle se livre l'auteur à propos de la cause de la tétanie dans son cas; il nous suffit de dire qu'il l'attribue à une intoxication, l'estomac dilaté ayant produit de l'acétone et de l'acide diacétique. Il combat avec succès la théorie de l'excitation réflexe.

Le mémoire tout entier, à lire d'ailleurs, se termine par la recherche des relations qu'il y a entre la tétanie, l'éclampsie et l'épilepsie.

PH. CHASLIN.

Betrühe bei Epilepsie (Repos au lit dans l'épilepsie); par le Dr Clemens Neisser. Broch. in-8°. Extrait des *Therapeutische Monatshefte*, mars 1893.

On sait que M. Neisser préconise tout particulièrement le

traitement des aliénés par le repos au lit. Il a eu l'occasion de traiter à Leubus sept épileptiques provenant d'un autre asile. Le repos au lit, imposé immédiatement à l'arrivée, n'était interrompu que par un séjour au jardin pendant quelques heures les jours de beau temps.

Pendant le séjour au jardin, les malades pouvaient fumer ou prendre part aux distractions ordinaires de l'asile. Il faut remarquer, dit M. Neisser, la facilité et même le plaisir avec lequel ce repos au lit est accepté.

Comme résultat à noter, il y eut, chez tous les épileptiques, une augmentation notable de poids, sauf une exception explicable difficilement. Quant aux accès d'épilepsie, il y eut au début une grande diminution dans leur fréquence; de plus, fait important, les accès d'excitation ont notablement diminué. Ce fait a été surtout frappant chez le patient dont le poids avait baissé sans motif, car ce malade désagréable et même dangereux auparavant était devenu tranquille d'une façon générale.

M. Neisser conclut à l'utilité de combiner le repos au lit avec le traitement bromuré.

PH. CHASLIN.

A case of tumor of the mid-brain and left optic thalamus (Tumeur du cerveau moyen et du thalamus optique gauche); par James Hendrie Lloyd. From the Medical news, janv., 1892.

Paralysie croisée, observée chez un Italien de vingt-huit ans, portant sur le nerf gauche de la troisième paire, sur le bras droit et la jambe droite, celle-ci simplement parésiée. Ainsi, ptosis et strabisme externe à gauche, monoplégie brachiale et monoparésie crurale à droite, sans paralysie de la face ni de la langue. Point de trouble de la déglutition ni d'aphémie véritable. Céphalalgie intense et quelques vomissements. Légère incontinence d'urine, mais sans paralysie de la vessie. L'examen de la sensibilité demeura très incomplet à cause de l'état d'hébétéude confinant au coma du malade. Point d'anesthésie appréciable, quoiqu'il dût exister une hémianopie (par compression d'un tractus optique). La température fut jusqu'aux derniers jours au dessous de la normale, d'ordinaire plus élevée de un à deux degrés et demi du côté paralysé (droit). Ni convulsions épileptiformes, ni paralysie vaso-motrice (à moins qu'on inter-

prête ainsi la différence de température des deux côtés du corps), ni trouble de sécrétion.

Le diagnostic de tumeur du pédoncule cérébral gauche avait été porté d'emblée. Le gliome qui avait envahi le thalamus optique gauche et la moitié gauche du cerveau moyen, ainsi que le pédoncule cérébrale gauche, recouvrait en avant les corps mamilaires. Le thalamus optique gauche faisait saillie en travers du troisième ventricule et s'avancait dans l'intérieur du ventricule latéral. Le nerf gauche de la troisième paire avait été déplacé par la tumeur. Le nerf droit de la même paire et le pédoncule cérébral droit étaient intacts.

J. SOURY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— L'idiotie. Hérité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiot. Leçons professées à l'hospice de la Salpêtrière, par le D^r Jules Voisin. 1 vol, in-18° de 295 pages, cart. à l'angl., avec 17 gravures dans le texte. Paris, F. Alcan, 1893.

— Sulla origine infettiva di una forma di delirio acuto (Sur l'origine infectieuse d'une forme de délire aiguë); par les D^{rs} L. Bianchi et F. Piccinino. Broch. in-8° de 24 pages avec deux planches. Extrait des *Annali di Neurologia*. Naples, 1893.

— De la dynamométrie chez les aliénés; par le D^r Edouard Toulouse, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon. Broch. in-8° de 13 pages. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1893.

— Anomalie sessuali. Autopederastia et pseudonanismo (Anomalies sexuelles. Autopédérastie et pseudo-onanisme); par le D^r Luigi Frigerio. Broch. in-8° de 18 pages. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*. Turin, 1893.

— A propos d'un cas de maladie des tics convulsifs avec mouvements par obsession; par le D^r Roubinovitch. Broch. in-8° de 18 pages. Paris, imprimerie Maretheux, 1893.

— Sur les hallucinations verbales psycho-motrices, dans un cas de délire de persécution systématisé à évolution progressive chez une dégénérée; par le D^r Roubinovitch. Paris, imprimerie Maretheux, 1893.

— Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Rapport au Congrès des médecins aliénistes des pays de langue française (session de la Rochelle, 1893); par les D^{rs} E. Régis et A. Chevalier-Lavaure. Broch. in-8° de 93 pages. La Rochelle. Typ. E. Martin, 1893.

— Note sur un cas d'hypertrichose de la partie inférieure du corps chez un épileptique; par le D^r Ch. Féré, 3 pages in-8° avec planche. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, s. l. n. d.

— Asile de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1892; par les D^{rs} Delaporte et Malfilâtre. Broch. in-8° de 26 pages. Rouen. Impr. Cagniard, 1893.

— Contribution à l'étude des équivoques des caractères sexuels accessoires; par le D^r A. Féré. Broch. in-8° de 16 pages. Extrait de la *Revue de médecine*, 1893.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1892; par les D^{rs} A. Giraud, Nicoulau et Toulouse. Broch. in-8° de 29 pages. Rouen, imprimerie Cagniard, 1893.

— Des Sociétés de patronage des aliénés. Rapport au Congrès des médecins aliénistes des pays de langue française (session de La Rochelle, 1893); par les D^{rs} A. Giraud et P. Ladame, 1 vol. in-8° de 161 pages. La Rochelle, typ. E. Martin, 1893.

— Des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale; par le D^r Samuel Garnier. 1 vol. in-8° de 95 pages. Extrait de la *Revue bourguignonne de l'enseignement supérieur*. Dijon, 1893.

— Contributo allo studio della duboisina et delle sue speciali applicazioni nelle psicopatie (Contribution à l'étude de la duboisine et de ses applications spéciales dans les psychopathies); par le D^r L. Mongeri. Broch. in-8° de 13 pages. Milan, 1893.

— Un cas de méningite tuberculeuse; par E. Riberolles, de la Bourboule. Broch. in-8° de 4 pages. Extrait de la *Revue de clinique et de thérapeutique*. Paris, mai 1893.

— Le problème de la conscience du moi; par le D^r Paul Carus. Traduit de l'anglais par A. Monod. 1 vol. in-18 (144 pages avec 13 fig. dans le texte), de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, F. Alcan, 1893.

— Des phénomènes de synopsie (Auditive colorée). Photismes. Schèmes visuels. Personifications; par Th. Flournoy, professeur extraordinaire de psychologie expérimentale à l'Université de Genève. 1 vol. in-8° de 259 pages, avec 82 fig. Paris, F. Alcan, 1893.

— De l'anesthésie généralisée. Son influence sur la conscience et le mouvement; par le D^r E. Pronier (de Genève).

Broch. in-8° de 12 pages. Extrait de la *Revue de médecine*. Paris, 1893.

— Aortic aneurysm and insanity (Anévrysme de l'aorte et folie); par le D^r Julius Mickle. Broch. in-8° de 12 pages. Extrait du *Brain*, 1889.

— De la dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique à évolution systématique; par le D^r Georges Lachaux. Broch. in-8° de 100 pages. Paris, G. Steinheil, 1893.

— Katatonie (Catatonie); par le D^r Julius Mickle. Broch. in-8° de 13 pages. Extrait du *Brain*, 1889.

— Actes du troisième Congrès international d'anthropologie criminelle, tenu à Bruxelles en août 1892, sous le haut patronage du gouvernement. Biologie et sociologie. 1 vol. in-8° de 525 pages. Bruxelles. F. Hayez, imprimeur, 1893.

— Katatonie. Sequel of a case. Necropsy (Catatonie. Suite d'une observation. Nécropsie); par le D^r Julius Mickle. Broch. in-8° de 6 pages. Extrait du *Brain*, 1891.

— Note pour servir à l'histoire de la folie et de ses complications (hérédité, paralysie générale, tuberculose, etc.); par le D^r L. Déricq, médecin-adjoint à l'asile de Prémontré (Aisne). Broch. in-8° de 7 pages. Extrait des *Annales de la Policlinique de Paris*. août 1893.

— The traumatic factor in mental disease (Du facteur traumatique dans les maladies mentales); par le D^r Julius Mickle. Broch. in-8° de 27 pages. Extrait du *Brain*, 1892.

— Considerazioni sopra tre casi non comuni di neurastenia in rapporto alla Claudicazione intermittente dello Charcot, al Ginocchio a scalto, ed al Morbo di Basedow (Considérations sur trois cas non communs de neurasthénie dans leurs rapports avec la Claudication intermittente de Charcot, avec le genou à ressort et avec la maladie de Basedow); par le D^r Domenico Ventrà. Broch. in-8° de 27 pages. Extrait de *Il manicomio moderno*. Nocera Inferiore, 1893.

— L'onychophagie; sa fréquence chez les dégénérés, et son traitement psycho-thérapique; par le D^r Edgar Bérillon. Broch. in-8° de 23 pages. Paris, Maloine, 1893.

— Zur Paranoia-Frage (De la question de la paranoïa); par le D^r Schüle. Broch. in-8° de 22 pages. Extrait de la *Zeitschrift für Psychiatrie*, t. L, 1893.

— Sul Cloralosio nell'insonnio dei neuropatici e degli alienati. Nota (Note sur la chloralose contre l'insomnie des névropathes et des aliénés); par le prof. E. Morselli. Broch. in-8° de 10 pages. Extrait du *Bollettino della R. Accademia medica di Genova*, 1893.

— De la dissimulation chez les aliénés; par le D^r Larrous-sinie. Broch. in-8° de 122 pages. Thèse de Paris, 1893.

— General index from the Twenty-fifth to the thirty-eighth volumes (inclusive) of The Journal of Mental science (Table générale du vingt-cinquième au trente-huitième volume inclusivement du Journal de la Science mentale); par le D^r Henry Rayner. 1 vol. in-8° de 104 pages, cart. à l'anglaise. Londres, Churchill, 1893.

— Recherches d'anthropologie criminelle chez l'enfant. Criminalité et dégénérescence; par le D^r L. Maupaté. 1 vol in-8° de 228 pages. Paris, G. Masson, s. d.

— Tenth annual Report of the Committee on lunacy to the Board of public Charities of the commonwealth of Pennsylvania. September 30, 1892 (Dixième rapport annuel de la commission des aliénés du Conseil d'assistance public de l'Etat de Pennsylvanie. 30 septembre 1892). 1 vol. in-8° de 200 pages. Harrisburg, 1893.

— Notice sur l'asile des aliénés de la Charente-Inférieure (Asile de Lafond); par le D^r H. Mabilly, directeur-médecin en chef de l'asile. Broch. in-8° de 64 pages avec plans. La Rochelle. Typ. E. Chartin, 1893.

— Sulle differenze etiologiche della pazzia nella donna e nell'uomo. Note (Note sur la différence étiologique de la folie chez la femme et chez l'homme); par le D^r Marro. 4 pages in-8°. Extrait de *Giorn-della R. Acc. di Medicina di Torino*, 1893, n° 3.

— Notice sur l'Institut médico-pédagogique pour le traitement et l'éducation des enfants arriérés et nerveux des deux sexes, à Vitry-sur-Seine, près Paris. Broch. in-18 de 15 pages avec gravures. Paris. Bureaux du *Progrès médical*, 1893.

— Période paralytique de l'alcoolisme et du saturnisme; par le D^r Al. Paris. Broch. in-8° de 53 pages. Extrait de la *Revue médicale de l'Est*, 1893.

— The Blot upon the Brain. Studies in History and Psychology (La tache sur le cerveau. Etudes historiques et psychologiques); par le D^r William W. Ireland. 2^e édit. 1 vol. in-8° de 388 pages. Edimbourg, Bell et Bradfute, 1893.

— Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hilfsdisciplinen in allen Ländern (Dates mémorables de la psychiatrie et de ses sciences auxiliaires dans tous les pays); par le D^r Heinrich Laehr. 4^e édit., augmentée et refondue. 1 vol. in-8° de 478 pages. Berlin, Georg Reimer, 1893.

— De la transfusion nerveuse chez les aliénés; par le D^r A. Cullerre. Broch. in-8° de 20 pages. Extrait de la *Gazette médicale de Paris*, n°s 36 et 37, 1893.

— Schweizerhof. Privat-Heilanstalt für Nerven und Psychisch-Kranke weiblichen Geschlechts. Zweiter Bericht. Chronik. Beschreibung. Wissenschaftliche Beiträge (Maison de santé

privée de Schweizerhof pour malades aliénées et nerveuses. Deuxième rapport. Chronique. Description. Contributions scientifiques). 1 vol. in-4 de 172 pages avec 18 planches. Berlin, G. Reimer, 1893.

— Essai sur les psychoses de la vieillesse ; par le D^r A. Pecharman, interne des asiles de la Seine. 1 vol. in-8° de 119 pages. Thèse de Paris, 1893.

— Thirty-fifth annual Report of the general Board of commissioners in Lunacy for Scotland (Trente-cinquième rapport annuel du Comité général des « Commissioners in Lunacy » pour l'Ecosse). 1 vol. in-8° de 115 pages. Edimbourg, 1893.

— Della pazzia gemellare. Note ed osservazioni originali (Notes et observations originales sur la folie gémellaire) ; par le D^r Ant. Marro. Broch. in-8° de 36 pages. Extrait des *Annali di Freniatria et scienze affini*. Turin, 1893.

— The epileptic interval ; its phenomena and their importance as a guide to treatment (De l'intervalle épileptique ; ses symptômes et leur importance comme guide du traitement) ; par le D^r William Browning. Broch. in-8° de 68 pages. Extrait du *Journal of nervous and mental disease*, 1893.

— Contributo allo studio della allucinazioni verbali psicomotrici (Contribution à l'étude des hallucinations verbales psycho-motrices) ; par le D^r Amaldo Pieraccini. Broch. in-8° de 74 pages. Extrait du journal « *Il manicomio moderno* », 1893.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 24 juillet 1893 : M. le D^r MORDRET, médecin en chef de l'asile du Mans, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à partir du 1^{er} août 1893 ;

M. le D^r FABRE, nommé médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), mais non installé, est nommé médecin en chef de l'asile du Mans.

— *Arrêté du 27 juillet 1893* : M. le D^r CHAUSSINAND, médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Dijon, en remplacement de M. le D^r Bellet, appelé à d'autres fonctions.

— *Arrêté du 9 septembre 1893* : M. le D^r GUILLEMIN, médecin-adjoint de l'asile de Dôle, est nommé médecin en chef de l'asile de Montdevergues.

— Dans sa séance du lundi 30 octobre 1893, l'Association mutuelle des médecins aliénistes a élu président, M. SEMELAI-GNE, en remplacement de M. Blanche, décédé, et vice-président, M. H. DAGONET.

NÉCROLOGIE

D^r GUSTAVE LABITTE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D^r Gustave Labitte, décédé à Clermont (Oise), le 29 octobre 1892, dans sa soixante-douzième année.

Ancien médecin en chef de l'asile privé, faisant fonctions d'asile public, dont son frère, Auguste Labitte, était le directeur, notre confrère s'est appliqué surtout à étendre le système de la colonisation des aliénés. Un magnifique domaine de plus de 400 hectares permettait d'occuper à la culture le plus grand nombre des aliénés valides, et ce fut, pendant plusieurs années, un spectacle des plus curieux, des plus intéressants, que cette adaptation de l'aliéné aux travaux agricoles. Aujourd'hui, l'exemple a été suivi partout, et la chose paraît si naturelle et si simple, qu'on oublie les initiateurs. Puis, survinrent à l'asile de Clermont des événements graves, de ceux qui, par leur gravité même, compromettent tout à coup les situations les

mieux assises. Gustave Labitte ressentit douloureusement l'atteinte portée à la Maison dans laquelle il avait été élevé, où s'était écoulée toute sa vie; il assista avec une résignation stoïque à la ruine de toutes ses espérances, et il entra résolument dans une retraite absolue. Attristé, découragé, atteint par la maladie, il vécut à Clermout, avec les souvenirs d'une existence active qui lui rendaient plus amers l'isolement et les longues heures d'immobilité que lui imposait l'affection gouteuse dont il souffrait depuis longtemps.

Gustave Labitte est mort sans une plainte, non pas sans regrets. Nous qui l'avons connu, nous pouvons dire de lui que ce fut un cœur excellent, dévoué à ses amis, qui gardent de lui le plus affectueux souvenir.

A. M.

D^r FRIÈSE. — Le D^r Frièse, médecin-directeur de l'asile de La Rochegandon (Mayenne), est décédé subitement, le 25 août dernier, à Vichy, où il s'était rendu pour se soigner d'une maladie du foie; il était dans sa cinquante-cinquième année.

Notre regretté confrère étudia la médecine mentale sous la direction de MM. Mesnet et Motet, dans la maison de santé dirigée par ces deux savants aliénistes. En 1872, il entra en qualité de médecin adjoint à l'asile de Clermont (Oise), dont il devint médecin en chef du service des hommes en 1881.

Après les événements qui ameuèrent la transformation de l'établissement de Clermont en asile public, M. Frièse fut nommé, le 29 janvier 1887, médecin en chef de l'asile de Cadillac; il occupa ce poste jusqu'au 9 décembre 1889, date à laquelle il fut appelé à la direction de l'asile de La Rochegandon (Mayenne).

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDEOINS ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.

Le *Journal officiel* du lundi 23 octobre 1893 publie le projet de loi présenté à la Chambre des députés, dans sa séance du 24 juin dernier, par le ministre des finances, et concernant l'ouverture et l'annulation de crédits pour l'année 1893. Parmi les crédits demandés pour le ministère de l'intérieur se trouve la somme exigée pour le concours des médecins-adjoints des asiles d'aliénés. Nous reproduisons, à titre de document, le passage du rapport officiel concernant la demande de ce crédit :

« Chapitre 82. — Concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés, 4.300 fr.

Afin d'assurer un meilleur recrutement du personnel des asiles publics d'aliénés, un arrêté ministériel du 18 juillet 1888,

pris à la suite des travaux d'une commission spéciale et conformément à un avis émis par le conseil des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, a institué un concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints de ces établissements.

Cet arrêté a décidé que le concours serait régional et qu'il y aurait autant de régions que de facultés de médecine de l'Etat, soit six, savoir : Paris, Lille, Nancy, Lyon, Bordeaux et Montpellier.

L'utilité de cette mesure qui donne à l'administration supérieure toutes les garanties désirables pour le choix du personnel médical des asiles ne saurait être contestée.

Mais la mise en application du nouveau régime nécessite certaines dépenses qui ne pourraient être régulièrement imputées sur aucun des crédits inscrits au budget du ministère de l'intérieur.

Ces dépenses ont trait, notamment, au paiement des vacations et au remboursement des frais des membres du jury d'examen, qui sont composés de trois directeurs-médecins, ou médecins en chefs d'asiles, d'un professeur de la Faculté de médecine et d'un inspecteur général des établissements de bienfaisance, docteur en médecine, président. La somme à prévoir, de ce chef, s'élève à un chiffre approximatif de 4,300 francs, se décomposant ainsi :

Frais de transport.	1.560 fr.
Indemnités de séjour.	2.140
Vacations	600

Total égal 4.300 fr.

soit 614 francs par région.

Plusieurs postes de médecins-adjoints se trouvent en ce moment vacants, il importe de procéder, sans retard, à un concours qui ne saurait être ajourné davantage sans les plus graves inconvénients.

Dans ces conditions, le Gouvernement a l'honneur de soumettre à vos délibérations le projet de loi ci-joint, qui tend à ouvrir au budget du ministère de l'intérieur un crédit extraordinaire de 4,300 francs en vue de la dépense susmentionnée. Si le Parlement ne croyait pas devoir y donner son adhésion, l'administration se verrait, à son grand regret, dans la nécessité de supprimer le concours en rapportant la décision qui l'a établi. »

La commission du budget ne s'est pas rendue à ces arguments, d'ailleurs excellents, et elle a repoussé le crédit demandé, nous ignorons pour quels motifs. Depuis lors, de nouvelles

vacances se sont produites dans le service médical des aliénés, par suite du décès d'un médecin directeur et de la mise à la retraite de deux autres médecins en chef. On peut donc dire qu'il y a urgence, et qu'une solution s'impose. Que va faire l'administration? De nombreux candidats attendent avec impatience qu'elle prenne une décision. Sera-t-elle « dans la nécessité de supprimer le concours », par manque d'argent? Ce serait regrettable à bien des points de vue. Espérons que la nouvelle commission du budget, plus soucieuse des intérêts d'un important service, réparera l'erreur de celle qui l'a précédée. — A. R.

ŒUVRE DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS INDIGENTS DES
ASILES PUBLICS DE LA SEINE

Cette œuvre continue de prospérer, ainsi que le prouve le dernier rapport du comité administratif, celui de l'exercice 1892, dont s'est chargé le président lui-même, notre excellent maître et ami M. le Dr Jules Falret. Comme les années précédentes, nous nous faisons un devoir de résumer cet important travail.

Après un historique, complet et détaillé, de l'œuvre fondée par son père, M. J. Falret donne le compte rendu moral et financier, qui se divise en quatre parties : 1° asile de Grenelle; 2° réunions du dimanche; 3° secours à domicile, et 4° rapport financier.

1° *Asile-ouvroir Sainte-Marie*. — Pendant l'année 1892, le mouvement de l'asile de Grenelle a été le suivant :

Convalescentes présentes le 1 ^{er} janvier 1892 . . .	34
Entrées dans l'année.	59
Placées dans Paris	50
Réintégrées à l'asile Sainte-Anne.	4
Décédées.	2
Renvoyées dans leurs pays.	1
Présentes à l'asile, le 31 décembre 1892.	36

Ainsi, sur 93 convalescentes présentes ou admises pendant l'année 1892, on a pu en placer 50. En 1891, on avait reçu 90 convalescentes et on en avait placé 53.

2° *Réunions du dimanche*. — Ces réunions ont été fréquentées, pendant l'année 1892, par 1,333 (hommes, femmes, et enfants), et la dépense faite par l'œuvre pour les frais de ces réunions a été de 2,022 fr. 50. Ces chiffres seuls sont une démonstration suffisante de l'utilité pratique de ces réunions hebdomadaires.

3° *Secours à domicile*. — L'Œuvre ne se borne pas à dis-

tribuer à domicile des secours en argent; elle fait souvent des dons en nature: ainsi, elle procure des vêtements, paie des loyers et de petites dettes; ou bien encore, elle renvoie des patronnés dans leur pays, elle les recommande à des personnes charitables ou à divers établissements d'assistance, publics ou privés.

Pendant l'année 1892, l'œuvre a distribué, dans les visites à domicile ou à l'Asile, la somme de 6,035 francs, répartie entre 547 personnes.

Voilà pour le compte moral de l'œuvre; quant au compte financier, il se résume dans les chiffres suivants:

1° Recettes.

1° Reliquat de l'année 1891	3.557 70
2° Recettes intérieures (intérêts de rente, travail du personnel, cotisations). . .	6.333 »
3° Recettes dues à la charité privée (lo- terie, sermon, dons manuels). . .	28.090 45
4° Ministère de l'intérieur. . . .	1.000 »
Total. . . .	38.986 15

2° Dépenses.

1° Frais généraux d'administration et d'entretien.	5.402 45
2° Frais applicables au personnel secouru	33.583 70
Total. . . .	38.986 15

Balance égale des recettes et des dépenses, au 1^{er} janvier 1893.

La situation, comme l'on voit, continue d'être des plus satisfaisantes. Le succès répond aux efforts si actifs et si dévoués de M. J. Falret; notre excellent maître et ami a plus que personne contribué au développement et à la prospérité de cette œuvre créée, il y a cinquante ans, par son vénéré père.

DU SUICIDE EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1890

Si les morts accidentelles se produisent, chaque année, en nombre à peu près identique, il n'en est malheureusement pas de même des morts volontaires, dont l'accroissement est continu ainsi que le démontrent les chiffres moyens annuels des trente dernières années de la statistique:

1861-1865. . .	4.661 ou 12	} Sur 100.000 habitants.
1866-1870. . .	4.990 — 13	
1871-1875. . .	5.276 — 15	
1876-1880. . .	6.259 — 17	
1881-1885. . .	7.339 — 19	
1886-1890. . .	8.226 — 21	

En 1890, le nombre des suicides officiellement constatés a été de 8,410, accomplis : 6,576 (78 p. 100) par des hommes et 1,834 (22 p. 100) par des femmes.

Les enquêtes officielles où les instructions judiciaires auxquelles ont donné lieu les suicides fournissent des indications intéressantes pour les moralistes et les médecins aliénistes; elles sont résumées ci-après en tableaux synoptiques.

Au point de vue de l'âge, les 8,334 suicidés pour lesquels on a pu obtenir ce renseignement se classent ainsi :

- Agés de moins de seize ans, 80, ou 1 p. 100;
- Agés de seize à vingt et un ans, 358, ou 4 p. 100;
- Agés de vingt et un à vingt-cinq ans, 391, ou 5 p. 100;
- Agés de vingt-cinq à trente ans, 539, ou 7 p. 100;
- Agés de trente à quarante ans, 1,186, ou 14 p. 100;
- Agés de quarante à cinquante ans, 1,451, ou 17 p. 100;
- Agés de cinquante à soixante ans, 1,623, ou 20 p. 100;
- Agés de soixante ans et plus, 2,706, ou 32 p. 100.

Le maximum est atteint à la période la plus avancée de la vie.

Il est un fait à relever; c'est le nombre croissant des enfants de moins de seize ans qui mettent fin à leurs jours : de 62 en 1886, il est monté à 68 en 1887, à 65 en 1888, à 77 en 1889 et à 80 en 1890; les moyennes annuelles antérieures avaient été : de 61 en 1881-1885; de 51 en 1876-1880 et de 31 en 1871-1875.

L'état civil de 237 suicidés est resté inconnu; les procès-verbaux le mentionnent comme suit pour 8,173 :

- Célibataires, 2,972 ou 37 p. 100;
- Mariés, 3,710 ou 45 p. 100;
- Veufs, 1,491 ou 18 p. 100.

Dans les sept dixièmes des cas, 69 p. 100, les individus mariés avaient des enfants; la proportion est la même, à un centième près en moins, 68 p. 100, pour les veufs.

Sur les 8,320 suicides commis par des personnes dont le domicile a pu être constaté, 4,443 (53 p. 100) l'ont été dans des communes rurales, et 3,877 (47 p. 100) dans les communes urbaines. Mais si l'on rapproche ces chiffres de la population correspondante recensée en 1886, on a pour les campagnes 18,

pour les villes 28 suicides, pour 100,000 habitants. Les suicides accomplis dans le département de la Seine forment le sixième du total : 1,453 sur 8,410.

Sous le rapport de leur condition sociale, les suicidés se répartissent de la façon suivante :

Agriculture	2.721 ou 32 p. 100
Industrie	2.313 — 27 —
Commerce et transports . .	972 — 12 —
Domestiques	397 — 5 —
Professions libérales	1.071 — 13 —
Gens sans aveu et profession inconnue.	936 — 11 —

Pour établir les relations de cause à effet qui existent indubitablement entre la profession et le suicide, il faudrait rapprocher chacune des catégories ci-dessus de la population respective; mais l'année de ce compte (1890) est trop éloignée du dernier recensement dont le dépouillement a été publié (1886), pour tenter une comparaison de cette nature; on s'exposerait à de graves chances d'erreur.

Les 8,410 suicides se répartissent ainsi entre les douze mois de l'année :

Janvier	707	} 24 p. 100.
Février	544	
Mars	721	
Avril	734	} 28 p. 100.
Mai	819	
Juin	822	
Juillet	888	} 20 p. 100.
Août	734	
Septembre	720	
Octobre	675	} 20 p. 100.
Novembre	571	
Décembre	475	

Comme toujours, les suicides ont été plus fréquents au printemps et en été qu'en hiver et en automne.

Bien que l'indication du mode de perpétration du suicide ne soit pas un élément caractéristique d'appréciation pour l'étude du problème que soulève le suicide, on croit devoir le relever :

Submersion, 2,103, ou 25 p. 100 ;

Pendaison, 3,685, ou 44 p. 100 ;

Arme à feu, 1,033, ou 12 p. 100 ;

Asphyxie par le charbon, 784, ou 9 p. 100 ;

Instruments tranchants ou aigus, 201, ou 3 p. 100 ;

Poison, 177, ou 2 p. 100 ;

Chute volontaire d'un lieu élevé, 242 ou 3 p. 100,

Autres moyens, 180, ou 2 p. 100;

Les deux cinquièmes des suicides accomplis par asphyxie à l'aide du charbon, 311 sur 784, appartiennent au département de la Seine. Dans la rubrique « autres moyens » figurent 111 chutes volontaires sous un train.

Il reste à faire connaître les causes présumées des suicides, souvent bien difficiles à saisir; les agents rédacteurs des procès-verbaux ont même complètement échoué sur ce point, à l'égard de 869 suicides. Quel que soit le degré de confiance que méritent les déclarations des familles ou des voisins, les motifs indiqués peuvent se diviser en huit groupes :

Misère et revers de fortune, 1,279, ou 17 p. 100 ;

Chagrins de famille, 1,164, ou 15 p. 100 ;

Amour, jalousie, débauche, 297, ou 4 p. 100 ;

Accès d'ivresse ou ivrognerie habituelle, 904, ou 12 p. 100 ;

Désir de se soustraire à des poursuites judiciaires, 248, ou 3 p. 100 ;

Souffrances physiques, 1,563, ou 21 p. 100 ;

Peines diverses, 188, ou 3 p. 100 ;

Maladies cérébrales, 1,898, ou 25 p. 100 ;

La proportion afférente aux suicides causés par des maladies cérébrales est descendue de 33 p. 100, année moyenne, en 1876-1880, à 26 p. 100 en 1886-1890, quand celle des cas d'aliénation mentale est montée de 20 p. 100 de la première à la seconde période : 45,993, en moyenne, de 1876 à 1880, et 55,325 de 1886 à 1890. C'est aux psychologues qu'il appartient de remonter aux causes de cette antinomie (1).

A PROPOS DES ALCOOLIQUES CRIMINELS

Les journaux politiques publiaient récemment le compte rendu d'un procès en cours d'assises, qui peut se résumer ainsi qu'il suit :

Le jury du Finistère avait à juger, le mercredi 25 octobre, un cultivateur de Locquéno, nommé Le Dain qui, dans un accès de délire alcoolique, avait surpris ses deux enfants endormis et avait coupé la gorge à l'un d'eux, âgé de trois ans, puis frappé de coups de couteau l'aîné, âgé de cinq ans.

Le 19 mars, Le Dain avait déjà assommé un de ses voisins ; il avait été condamné à cinq mois de prison.

(1). Extrait du Rapport adressé au Président de la République française par le garde des sceaux, ministre de la justice, sur l'administration de la justice criminelle, en France et en Algérie, pendant l'année 1890. (*Journal Officiel*, numéro de dimanche 29 octobre 1893).

Reconnu irresponsable, il a été acquitté; mais il sera interné dans un asile d'aliénés.

Cette affaire ne présente rien de bien particulier, et tous les médecins d'asiles d'aliénés en ont vu de semblables se dérouler sous leurs yeux, se terminer par l'acquittement de l'accusé, reconnu irresponsable et séquestré ensuite dans un établissement spécial. Mais après? C'est la question que s'est posée le *Journal des débats*, dans un entrefilet de son numéro du samedi matin 27 octobre 1893. Il est impossible de résumer mieux et en moins de lignes, les nombreux travaux qu'a déjà provoqués, de la part des médecins aliénistes, ce difficile problème des alcooliques criminels; on nous saura gré de le reproduire:

« Le jury du Finistère vient de rendre un verdict d'acquittement en faveur d'un homme qui avait égorgé l'un de ses deux enfants et frappé l'autre à coups de couteau. Il paraît que le misérable avait agi sous l'influence du délire alcoolique. Déclaré irresponsable, l'assassin a été interné dans un asile d'aliénés. Ce n'est pas une solution. Il est très probable que, soumis à un régime spécial et soustrait aux mauvaises influences de milieu, il ne tardera pas à être guéri, sinon radicalement, au moins en apparence. On ne pourra donc pas le garder avec les fous et il faudra bien le rendre à la liberté. Que se passera-t-il alors? Notre homme, livré à lui-même, reprendra vraisemblablement ses habitudes d'intempérance et, sous l'influence de l'alcool, il se laissera peut-être aller à commettre de nouveaux crimes. Encore une fois il sera déclaré irresponsable et renvoyé dans une maison d'aliénés. Le cas peut se présenter deux et trois fois de suite pour le même individu. Il y a là évidemment une lacune dans notre législation. N'est-il pas absolument illogique qu'un homme reconnu dangereux puisse se livrer aux pires excès sans être jamais l'objet d'une mesure qui le mette dans l'impossibilité de nuire? Mieux avisée que la nôtre, la législation de certaines nations européennes a prévu le cas: elle a pris des dispositions pour préserver la société des atteintes de gens reconnus à la fois irresponsables devant la loi pénale et dangereux pour la société. Il serait grand temps que cet exemple fût suivi chez nous. »

LES CLINIQUES DES MALADIES NERVEUSES ET DE PSYCHIATRIE, ET L'ASILE D'ALIÉNÉS DE VIENNE

Dans l'une des *Lettres de Vienne* que M. Pierre Maurel, ancien interne des hôpitaux de Paris, envoie à la *Semaine médicale*, on trouve les renseignements suivants sur les cliniques des maladies nerveuses et de psychiatrie, ainsi que sur l'asile d'aliénés de cette ville (numéro du 25 octobre 1893):

« Il y a quelque temps, le professeur R. von Krafft-Ebing, qui occupait à Vienne la deuxième chaire de psychiatrie et de neurologie, passait à la première chaire laissée vacante par la mort du professeur Meynert, et tout récemment le D^r J. von Wagner, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Gratz, à remplacé M. Krafft-Ebing dans la deuxième chaire.

La clinique actuelle du professeur von Krafft-Ebing possède un amphithéâtre petit et obscur, où se font les leçons cinq fois par semaine. La deuxième clinique a lieu deux fois par semaine, à l'hôpital, et une fois à l'asile d'aliénés, chaque leçon durant deux heures. Le professeur lit les antécédents du malade, l'interroge devant les élèves et fait sa leçon sur le cas présenté. L'assistance est toujours nombreuse et l'amphithéâtre souvent comble.

Les salles de malades sont près de là, dans une des dernières cours de l'hôpital. L'installation est toujours à peu près identique à celle que nous avons eu maintes fois l'occasion de décrire et paraît ici encore plus défectueux que dans d'autres parties. L'impression est pénible quand on pénètre dans la section de psychiatrie, et qu'on voit les malades entassés dans les couloirs étroits, peu éclairés, mal aérés, sur lesquels débouchent les cellules pour les agités. Les malades restent le jour dans ces couloirs, et, la nuit, sont répartis dans de petits cabinets de quatre lits chacun, mal éclairés par une lucarne. Beaucoup de malades, faute de place, doivent coucher par terre, entre les lits : les petites chambres, déjà si étroites pour quatre malades, en reçoivent parfois jusqu'à huit.

L'espace réservé à toute cette installation est bien trop restreint, étant donné le nombre des sujets envoyés à cette clinique, qui est une sorte de dépôt d'observation par lequel passent des malades avant d'être internés à l'asile. On peut aisément s'imaginer les inconvénients qui résultent de cet encombrement et malgré les demandes, les réclamations instantes du professeur, il est difficile, sinon impossible, d'améliorer la situation. La faute en est au mode d'instruction lui-même qui, s'il offre des avantages, présente des défauts évidents. C'est peut-être ici que l'on voit le plus nettement ces inconvénients graves. Dans cette centralisation excessive de l'enseignement, le malade est sacrifié bien souvent, et l'on en arrive à installer dans des conditions hygiéniques défectueuses une section d'aliénés qui, en outre, est mal isolée des autres services.

La section des maladies nerveuses, toute voisine, comprend deux ou trois petites salles de six à douze lits, pièces qui servent aussi d'infirmerie pour la section de psychiatrie ; elle comprend, en outre, quelques chambres payantes séparées, d'instal-

lation très ordinaire. Le matin, de huit heures et demie à dix heures, une visite minutieuse de chaque malade est faite par le professeur, escorté des assistants et élèves du service; à onze heures a lieu la consultation, toujours assez nombreuse.

Comme complément à ces cliniques, il faut citer les leçons des professeurs extraordinaires H. Obersteiner sur l'introduction anatomo-pathologique à l'étude des maladies nerveuses, et J. Fritsch sur les maladies mentales, les cours de psychiatrie du privat-docent R. Steiner von Pfungen, enfin un cours sur la psychologie physiologique et les troubles psychiques par le privat-docent A. Holländer.

A quelques minutes de l'Hôpital général s'élève l'asile d'aliénés, beau bâtiment entouré de grands jardins, se composant d'un pavillon central et de deux ailes parallèles, l'une affectée à la division des hommes, l'autre à celle des femmes. Il peut contenir de sept à huit cents malades. Une partie des bâtiments et deux cents malades sont mis à la disposition de l'Université et consacrés à la clinique. Chaque division est partagée en trois sections : les agités, les aliénés tranquilles, et une section intermédiaire. Les couloirs sont grands, bien aérés; il y a des salles de récréation avec billards, pianos, etc.; les dortoirs sont beaux et bien tenus, également bien aérés et bien éclairés, de dix à quinze lits chacun. Quelques-uns de ces lits sont entourés de filets formant cages, qu'on préfère souvent à la cellule. Il existe aussi plusieurs cellules ordinaires, dont quelques-unes sont capitonnées et d'autres, d'installation plus récente, mieux aménagées.

Les malades sont répartis en trois classes : dans la première ils paient 8 à 10 francs, ont des chambres particulières bien meublées, avec jardin spécial. Dans la deuxième, ils paient 5 francs environ et, dans la troisième, 2 fr. 50.

A signaler encore un petit pavillon pour les maladies infectieuses, comprenant de petites cellules asphaltées avec lit, table, chaise et toilette en fer, et un bâtiment spécial pour les gâteaux. Ces diverses constructions sont reléguées au bout des jardins consacrés à chaque division et à chaque section. »

MESURES PRISES CONTRE L'ALCOOLISME DANS L'ARMÉE ALLEMANDE

Le commandant du corps d'armée prussien à Metz a pris une décision interdisant absolument la vente de l'eau-de-vie dans les cantines militaires. Cette interdiction a une sérieuse importance militaire et on s'attend à la voir devenir générale dans l'armée allemande.

Les journaux allemands qui font connaître cette mesure

ajoutent : « Il faut féliciter l'armée allemande d'être commandée par des généraux qui ont si bien à cœur l'intérêt du soldat, le soin de sa santé qui, si elle ne s'altère pas toujours immédiatement par l'alcool pendant les premiers mois de caserne, est à tout jamais compromise quand le soldat rentre dans la vie civile. »

« Il est à souhaiter, dit à ce sujet l'*Avenir militaire*, que pareille mesure soit prise dans l'armée française. Il est superflu de montrer la légitimité de cette mesure. Le général a le pouvoir de réglementer la coupe des cheveux et il en use, et il n'aurait pas la faculté de réglementer la livraison de l'alcool à ses soldats dans les cantines ?

« Nous espérons qu'avant l'arrivée de la classe 1893 sous les drapeaux, le ministre de la guerre aura résolu la question de l'alcool dans le sens que réclame la conscience publique éclairée. Les maniaques de l'alcool en seront quittes pour franchir les portes du quartier : ils trouveront, malheureusement, dans les débits louches qui entourent la caserne le moyen de satisfaire leur intempérance et de s'empoisonner. Tout au moins, les nouveaux appelés seront dispensés de participer à des libations alcooliques pendant les premières heures de leur séjour à la caserne. Il est inadmissible qu'une boisson dont les funestes effets ne sont plus à démontrer se débite librement, comme c'est aujourd'hui le cas, dans les casernes où les meilleurs éléments du peuple français sont appelés pour le service de la patrie. » (*Le Bulletin médical*, numéro du dimanche 29 octobre 1893.)

LA MORPHINE CHEZ LES CHINOIS

L'usage de la morphine s'est répandu durant ces derniers temps à Hong-Kong dans de telles proportions, parmi les Chinois résidant dans la colonie, que le gouvernement a cru devoir prendre des mesures pour mettre fin à un abus favorisé naturellement par des personnes qui en tiraient grand profit.

Voici quelle serait l'origine de cet usage inconnu jusqu'alors des Chinois.

Il y a quelques mois, un marchand, fumeur d'opium invétéré, s'étant rendu à Canton, exprima, en présence de plusieurs personnes, l'ardent désir de se débarrasser de sa funeste habitude, ajoutant qu'il sacrifierait volontiers une forte somme pour arriver à ce résultat. Ce souhait fut entendu par un de ses compatriotes qui avait appris, au service d'un docteur étranger, l'emploi de certaines médecines. Il proposa au fumeur d'opium de le guérir, et, à cet effet, le soumit à un traitement consistant en injections de morphine. Les sensations procurées

par cette drogue parurent si délicieuses au fumeur que bientôt il délaissa sa pipe, ce qui fit croire au soi-disant guérisseur qu'il avait peut-être bien trouvé là un moyen de gagner beaucoup d'argent. Dans cette pensée, il se rendit à Hong-Kong, fit annoncer qu'il possédait un remède infaillible pour guérir les fumeurs d'opium et en peu de temps sa clientèle devint si nombreuse qu'il dut ouvrir plusieurs établissements. Il eut des imitateurs et on ne compte pas moins aujourd'hui de vingt officines dans lesquelles un grand nombre d'individus, appartenant presque tous à la classe des coolies, vont deux, trois et même quatre fois par jour se faire administrer le poison.

Le gouverneur, prévenu des ravages causés par cette funeste pratique, a ordonné la fermeture de tous ces établissements et a rendu un arrêt aux termes duquel la morphine ne pourra être désormais délivrée que sur ordonnances de médecins. (*Journal des Débats*, numéro du lundi soir 9 octobre 1893.)

FAITS DIVERS

Legs Foville. — L'Association générale des médecins de France est autorisée à accepter le legs de 10,000 francs qui lui a été fait par notre regretté collègue et ami le D^r Ach. Foville.

L'Association mutuelle des médecins aliénistes est aussi autorisée à accepter un legs de même importance de ce généreux donateur.

Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — On sait que le conseil général du département de la Seine a voté la création d'une colonie familiale à Dun-sur-Auron (Cher), pour y hospitaliser, dans des conditions spéciales, des déments séniles et inoffensifs, choisis parmi les aliénés traités dans les asiles de la Seine.

La Compagnie d'Orléans a décidé d'étendre aux familles allant visiter leurs parents, soignés dans cette colonie, la réduction du tarif accordé aux familles des malades soignés dans l'asile d'aliénés de Vaucluse.

La rue du D^r Blanche. — Dans la séance du lundi 6 novembre 1893 du conseil municipal de Paris, M. Davrillé des Essarts a demandé que le nom du D^r Blanche soit donné à la rue de Fontis, où demeurerait notre si regretté confrère et où il est mort. Cette proposition a été renvoyée à l'administration.

L'alcoolisme en Italie. — La commission consultative nommée en Italie pour étudier la question de l'alcoolisme vient de présenter son rapport au gouvernement. Il résulte de ce

rapport que la mortalité due à l'alcoolisme est de 1.62 pour 100.000 habitants pour l'ensemble du royaume. Cette mortalité atteint son maximum dans la Ligurie (3.46) et la Marche (3.11); elle est minimum dans la Campanie (0.53) et dans les Abruzzes (0.75).

Depuis l'application du nouveau Code pénal qui fait de l'ivresse un délit, il a été déclaré 16,504 contraventions pour ivresse en 1890 et 16,382 en 1891. La plus forte proportion de contraventions se rencontre dans la Ligurie (13.77 pour 100.000 habitants) et la Sicile (1.28). (*Revue scientifique*, numéro du 9 septembre 1893.)

L'hypnotisme en Russie. — Le traitement de l'hypnotisme qui, jusqu'ici, avait été interdit en Russie, vient d'être autorisé par le ministère de l'intérieur avec les restrictions suivantes : Les médecins doivent observer strictement les dispositions de l'article 115 du Code de médecine; ils sont tenus d'informer les autorités administratives de leur intervention dans chaque cas, en désignant le nom du médecin présent à la suggestion. Toute annonce de traitement est interdite. (*Le Progrès médical*, numéro du 14 octobre 1893.)

Les aliénés en Irlande. — Depuis quelque vingt ans, on signale régulièrement l'accroissement du nombre des aliénés en Irlande. De 1,074 qu'ils étaient en 1851, ils sont maintenant 17,124 (janvier 1893). Cette augmentation est d'autant plus frappante que la population irlandaise diminue sensiblement chaque année, et ce serait une étude bien intéressante d'en rechercher les causes. Il ne serait d'ailleurs peut-être pas bien difficile de les trouver, les deux grandes plaies dont souffre cette population étant connues : la misère et l'alcoolisme. (*Revue scientifique*, numéro du 14 octobre 1893.)

Paraldehydomanie. — On aurait pu croire que la paraldehyde, grâce à son odeur et à son goût fort désagréable, pourrait être prescrite comme somnifère sans que jamais les malades puissent prendre l'habitude d'en abuser. Or, deux observations de MM. Elkins et Lett, que vient de publier le *Medical Times and Register*, prouvent que, comme les autres hypnotiques, la paraldehyde peut devenir l'objet d'une vraie manie, qui n'est pas sans danger.

Dans le cas rapporté par M. Lett, il s'agit d'un homme de trente et un ans qui abusait de la paraldehyde depuis trois ans. Quand l'auteur fut consulté, le malade présentait les symptômes suivants :

Appétit complètement perdu, diarrhée, faiblesse intellectuelle, pas d'hallucinations, aucun trouble des sens. La dose absorbée était considérable.

Un traitement tonique et la suppression progressive du médicament amenèrent une guérison assez rapide.

Le malade de M. Etkins, chez lequel l'habitude datait de vingt-six mois, présentait quelques symptômes différents :

Son appétit était excessif ; il avait de la constipation ; il présentait de l'excitation cérébrale, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, il mentait volontiers et, de plus, il avait des troubles très marqués des sens.

Ces différences tenaient probablement à ce qu'il absorbait quotidiennement une quantité plus faible de paraldéhyde et à ce que ce médicament produisait chez lui seulement des phénomènes d'excitation, la dose étant insuffisante pour produire la dépression.

La suppression progressive de la paraldéhyde suffit pour produire la guérison. (*Le Bulletin médical*, numéro du dimanche 5 novembre 1893.)

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XVII^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

	PAGES.
21 ^e réunion de la société des médecins aliénistes suisses, à Coire, les 22 et 23 mai 1893; par le D ^r P. Ladame.	5
Le Congrès annuel des médecins aliénistes de langue française. 4 ^e session, à La Rochelle; par le D ^r A. Giraud.	177

II. — Pathologie.

Le crime à deux; par le D ^r P. Moreau (de Tours)	10
Les aliénés à tendances homicides présentent-ils des particularités physiques caractéristiques? par le D ^r L. Camuset.	198
L'art chez les aliénés. — 1 ^{er} article: Curieuse sculpture sur bois par un pensionnaire de l'asile d'aliénés de Montredon; par le D ^r Hospital.	250
Contribution à l'étude clinique des rapports de l'impaludisme et de l'alcoolisme; par le D ^r Marandon de Montyel.	353
Les lésions de la paralysie générale; par le D ^r J. Dagonet.	395

III. — Archives cliniques.

35. — Trouble de la sensibilité se traduisant par une sensation de sable du côté malade dans un cas d'hémichorée post-hémiplégique; par le D ^r Targowla.	32
36. — Mort subite dans un cas de ramollissement étendu des deux lobes frontaux; par le D ^r Daguillon.	36
37. — Obsessions survenues au cours d'une atteinte d'influenza; par le D ^r Pailhas.	426
38. — Cas d'idiotie symptomatique d'une atrophie de l'hémisphère gauche (lobes pariétaux et occipitaux); par L. Menereul.	428

IV. — Thérapeutique.

Du sommeil chez les aliénés et de son efficacité dans la lypémanie; par le D ^r B. Marandon de Montyel.	41
---	----

V. — Médecine légale.

Quelques réflexions sur l'internement des aliénés dangereux (<i>suite et fin</i>); par le D ^r Ernest Chambard.	68
Note sur un cas de perversion sanguinaire de l'instinct sexuel; par le D ^r H. Contagne.	88
La médecine légale des aliénés en Italie; par le D ^r P. Moreau (de Tours).	256
Contribution à l'étude médico-légale de la pyromanie; par le D ^r L. Camuset.	432

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

	PAGES
<i>Séance solennelle du 24 avril 1893.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Charpentier, Vigouroux, A. Solivetti, Falret. — Rapport sur le prix Moreau (de Tours) : M. Arnaud. — Rapport sur le prix Esquirol : M. Sollier. — Rapport sur le prix Belhomme : M. J. Séglas. — Rapport sur le prix Aubanel : M. René Semelaigne.	96
<i>Séance du 29 mai 1893.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Samuel Garnier, Christian. — Baste de Baillarger : MM. Mitivié, Aug. Voisin. — Projet de modification du règlement des concours pour les prix : M. Christian. — Rapport sur l'asile de Saint-Nicolas, à Sienné (Italie), d'après les plans et photographies envoyés par M. Azzurri, architecte : M. Chaslin. — De la mélancolie chez la femme, produite par la stérilité du mari : MM. Aug. Voisin, Blanche	114
<i>Séance du 26 juin 1893.</i> — A propos du procès-verbal : 1° De la mélancolie de la femme produite par la stérilité du mari : MM. Moreau (de Tours), Aug. Voisin ; 2° A propos de l'affaire Valtrof, de Nice : M. Aug. Voisin. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. J. Voisin, Klippel, Larroussinie, Azzurri. — Mort de M. Delasiauve : MM. J. Christian, J. Falret.	271
<i>Séance du 24 juillet 1893.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Paul Sérienx, Roubinovitch, J. Voisin. — Rapport de M. Marandon de Montyel sur la candidature de M. Larroussinie : élection. — Traitement de la céphalée nerveuse par la douche statique avec le disque à pointes : M. Aug. Voisin.	276

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1891).

Anal. par le Dr L. CAMUSET.

Valeur et pathogénie des atrophies musculaires consécutives aux lésions articulaires	448
Encéphalite syphilitique.	448
Paralysie pseudo-hypertrophique avec réaction de dégénérescence.	449
Paralysie périphérique chez les sujets hystériques.	449
Attaques épileptiformes dues à la présence d'un ténia	450
Forme narcoleptique de l'attaque du sommeil hystérique	450
Cas de sciatique spasmodique	451
Cas de syringomyélie observé en 1875 et en 1890	451
Séméiologie nerveuse de la langue.	453
Sang dans l'hystérie normale	453
Troubles trophiques dans l'hystérie	454
Formes frustes de la sclérose en plaques	455
Sciatique avec paralysie amyotrophique dans le domaine du poplité par suite de l'usage de la machine à coudre	456
Somnambulisme hystérique	456
Tremblement, tic, chorée rythmée et symptôme fruste de Parkinson de nature hystérique	458
Névralgies hystériques	459
Idées conscientes et obsédantes de persécution et de grandeur	460

	PAGES
Paralyse bilatérale du muscle droit interne	461
Kyste hydatique du cerveau	461
Impulsions génitales chez les imbéciles	462
Zona diabétique	462
Manifestations cérébrales et méningitiques des oreillons	462
Traitement de l'épilepsie par le borate de soude	463
Electrothérapie	463
Angine de poitrine d'origine hystérique	463
Dacryorrhée ataxique	464
Chorée hystérique arythmique	464
Obsession dentaire	465
Astasie-abasie	465 et 475
Localisations cérébrales	466
Acétanilide	468
Influence des centres trophiques de la moelle sur la distribution topographique de certaines névrites toxiques	468
Appareil nerveux central de l'olfaction	468
Hystérie simulatrice du syndrome de Weber	470
Influence des excitations sensorielles sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique	470
Exalgine	471
Hystérie masculine	472
Dédoublement de la personnalité et hallucinations verbales psychomotrices	472
Paralyse hystéro-traumatique des quatre membres	473
Voies motrices de la moelle épinière	473
Paralyse radiculaire de la première paire dorsale, avec lésion hémilatérale de la moelle simulant la syringomyélite	475
Traumatisme avec perforation du crâne	476
Affaire Gouffé, Etat mental de G. Bompard	477
Faux témoignages par les enfants	477
Suicide à deux	478
Crimes et délits commis par les morphinomanes	479
Tatouage chez un aliéné	479
Etude de psychologie judiciaire	479
Etat mental d'une femme inculpée d'assassinat	480
Etude médico-légale de l'épilepsie alcoolique	481
Etat mental des hystériques	481
Mort subite dans la paralysie générale des aliénés	481
Tentative d'assassinat en dehors de l'état épileptique	482

JOURNAUX ITALIENS (1887).

(Anal. par le Dr NICOLAU.)

Du hachisch et de son action sur l'organisme humain	124
La démarche et les réflexes rotuliens dans la paralysie générale	126
Transmission de la rage par la voie des nerfs	130
Affections oculaires et troubles visuels dans la paralysie générale progressive	130
Inversion et troubles de l'instinct sexuel	134
Troubles psychiques provoqués et entretenus par les maladies de l'oreille	136

JOURNAUX ANGLAIS (1890).

Anal. par le Dr PONS.

Autopsies de cerveaux	280
La mélancolie au point de vue physiologique et évolutionnel	283
Cas de méningite chronique	285

	PAGES
Cas de folie associée à la chorée à une époque avancée de la vie.	286
Désordres psychiques de la névrite périphérique.	287 et 292
Description des nouveaux pavillons annexés à l'asile de James Murray.	289
Bonche chez les enfants arriérés du type mongolien.	289
Traitement de l'aliénation mentale par l'hypnotisme.	290
Histologie morbide d'un cas d'idiotie épileptique avec syphilis.	291
Tumeur cérébrale occupant les lobes frontaux.	291
Propagation de la folie et des névroses voisines.	293
La manie comprend-elle deux variétés distinctes de trouble mental, et convient-il de subdiviser cette espèce morbide?	294
Cas d'hémorragie du pont de Varole.	295
Cas de tumeur cérébrale (fibrome kystique).	296
Cas de tumeur intracrânienne.	297
Des hôpitaux de traitement pour les aliénés.	299
Insolation et aliénation mentale.	300
Enquête sur le sang et l'urine des aliénés.	303
Traitement de l'épilepsie par la ligature de la vertébrale.	304
Trois observations de parodite chez les aliénés.	305

JOURNAUX AMÉRICAINS (1889-1890).

Anal. par le Dr V. PARANT.

Paranoïa.	306
Hypnotisme et suggestion. Leur valeur thérapeutique.	306
Médecine légale de l'alcoolisme.	306, 307, 310 et 313
Diverses formes d'alcoolisme.	307
Classification des maladies mentales.	307
Salles à manger dans les asiles d'aliénés.	308
Surmenage et affaiblissement cérébral.	308
Délire de persécution simultané chez deux sœurs.	309
Folie par lésions du colon.	309
Etat puerpéral au point de vue médico-légal.	309
Etat mental dans la phthisie.	310
Paranoïa avec impulsions irrésistibles.	311
Enfant prodige.	311
Typhomanie.	311
Cerveaux d'enfants faibles d'esprit.	311
Maladies du cœur dans la folie. Panophobie.	312
Hérédité alcoolique par substitution.	312
Folie brightique.	313
Assistance publique des aliénés.	314 et 315
Système familial.	314
Pages cornées dans les rapports de l'ancien temps.	315
Perversions du sens moral dans la folie.	315
Hallucinations dans l'alcoolisme.	316
Manie consécutive à l'emploi de l'éther comme anesthésique.	316
Mécanisme de la folie.	317
Manifestations singulières chez une enfant hystérique.	317
Chloralamyde comme hypnotique chez les aliénés.	317
Sulfonal comme hypnotique.	318
La folie aux États-Unis.	318
Sanité.	319
Rapports de l'attention avec les phénomènes hypnotiques.	319
Est-il préférable que les asiles d'aliénés soient grands ou petits?	319
La folie puerpérale est-elle une forme distincte de folie?	320
Trépanation dans la paralysie générale.	320
A qui incombe le soin des aliénés indigents?	321

	PAGES
Devoirs des médecins envers la société par rapport à l'aliéné. . .	321
Erreurs subjectives dans les maladies mentales.	321
De l'analgésie dans la folie.	322
Education physique comme moyen d'améliorer l'état mental. . .	482
Femmes médecins dans les asiles d'aliénés	482
Notions élémentaires psycho-somatiques	483
Anatomie pathologique de la pachyméningite interne hémorra- gique.	483
Législation récente de l'Etat de New-York sur les aliénés. 483 et	488
Lésions traumatiques du cerveau.	485
Transmission des variations acquises.	486
Crime et responsabilité.	486
Zone motrice de l'écorce cérébrale.	486
Tumeur intra-cranienne sans symptômes.	486
Tableau indicateur pour les recherches nécroscopiques.	486
Folie chez les jumeaux.	487
Importance d'un système d'étude et de recherches commun aux médecins aliénistes.	487
Etat présent de la psychiatrie.	487
Quelques particularités de la paralysie générale	487
Hystérie traumatique due à un accident de chemin de fer . . .	488
Nouveau progrès dans l'Etat de Massachusetts	488
Cas de léthargie	489
Abus des hypnotiques	490
Mélancolie guérie à la suite d'une pleurésie.	490

III. — Bibliographie.

Syphilis et paralysie générale; par le Dr E. Régis (Anal. par le Dr Camuset).	139
Le champ visuel chez les aliénés: ses rapports avec les autres modes de sensibilité; par le Dr Roncorini (Anal. par J. Soury). .	142
Un phénomène non décrit encore des hallucinations de la vue; par le Dr Arnaldo Pieracini (Anal. par J. Soury)	143
Etude clinique sur quarante-sept cas de paralysie agitante; par le Dr Frédérick Paterson (Anal. par le Dr Oullerre).	145
Sur l'isotonie du sang chez les aliénés; par le Dr Césari Agostini (Anal. par le Dr Ph. Chaslin)	145
Remarques sur l'article du professeur Wagner, sur les convulsions et l'amnésie après le retour à la vie de pendus; par le Dr P.-J. Möbius (Anal. par le Dr Ph. Chaslin)	146
Cours de psychiatrie; par le Dr S. S. Korsakoff (Anal. par le Dr Lwoff).	323
Genèse physiologique de l'épilepsie; par le Dr Luigi Roncorini (Anal. par J. Soury)	328
Atrophie du cervelet chez un chat; par le Dr W. O. Krohn (Anal. par J. Soury).	334
Recherches périopométriques sur les dégénérés; par le Dr Sante de Sanctis (Anal. par J. Soury)	492
Accès de mutisme chez une aliénée par état hallucinatoire de centre verbal psycho-moteur; par le Dr Arnaldo Pierraccini (Anal. par J. Soury)	494
Rapport sur l'assistance et le traitement des aliénés de l'Empire russe pendant l'année 1890; par le Dr Ignatieff. — Rapport sur l'état de la colonie des aliénés dans le bourg de Bourachevo depuis le 1 ^{er} novembre 1891 au 1 ^{er} novembre 1892; par le Dr Litvinoff (Anal. par le Dr Lwoff).	496
Des mouvements involontaires au repos chez les tabétiques. — Ataxie	

	PAGES
du tonus; par le D ^r Grasset. — Leçons recueillies par le D ^r Sacaze (Anal. par le D ^r Camuset)	498
Sur les troubles mentaux dans la chorée; par le D ^r Möbius (Anal. par le D ^r Chaslin).	499
La tétanie gastrique. Un cas de tétanie par acétonémie dans la dilatation de l'estomac; par le D ^r Ernesto Biscaldi (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin).	500
Repos au lit dans l'épilepsie; par le D ^r Clemens Neisser (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin).	501
Tumeur du cerveau moyen et du thalamus optique gauche; par J. H. Lloyd (Anal. par J. Soury).	502
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	148, 835 et 503
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. Séance du 24 avril 1893.	148

IV. — Variétés.

Nominations et promotions: MM. Martineq, Doursout, Adam, Fabre, Friese, Schils, Garnier (Samuel), Mannier, Bessière, Kéraval, Jonniau, Sizaret (Jules), Gilbert Petit, Marie, Blin, Colin, Chevalier-Lavaure, Joffroy, Ballet, Leffiliâtre, Régis. — Nécrologie: Delasauve. — Martyrologe de la psychiatrie (suite). — Récompenses décernées par la société nationale d'encouragement au bien. — Influence de la politique sur la nomination des médecins aliénistes aux États-Unis (suite). — Trois incendies dans les asiles d'aliénés aux États-Unis. — A propos de « la Reine Juana ». — Visionnaire. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique.	155
Nominations et promotions: MM. Motet, Joffroy. — Nécrologie: J. M. Charcot, Em. Blanche. — Organisation d'une caisse de secours pour les aliénés nécessiteux sortant des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure. — Quelques renseignements sur l'asile Saint-Nicolas, à Sienne. — L'onychophagie. — Tribunaux. — Faits divers.	337
Nominations et promotions: MM. Mordret, Fabre, Chaussinaud, Guillemin, Semelaigne, Dagonet. — Nécrologie: Gustave Labitte, Friese. — Concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés. — Œuvre de patronage pour les aliénés indigents des asiles publics de la Seine. — Du suicide en France pendant l'année 1890. — A propos des alcooliques criminels. — Les cliniques des maladies nerveuses et de psychiatrie, et l'asile d'aliénés de Vienne. — Mesures prises contre l'alcoolisme dans l'armée allemande. — La morphine chez les Chinois. — Faits divers	508
Table des matières du tome XVIII de la septième série	523

Le Rédacteur en chef-Gérant: ANT. RITTI.